

Die Bedeutung
des Scheintodes
aus rechtsmedizinischer Sicht

Marianne Wagner

1982



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus dem Institut für Rechtsmedizin der Universität München
Direktor: Prof. Dr. med. W. Spann

Die Bedeutung des Scheintodes aus
rechtsmedizinischer Sicht

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Marianne Wagner
München 1982

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. W. Spann

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 25. Nov. 1982



DISSERTATIONS - UND FOTODRUCK FRANK GmbH
8000 München 2, Gabelsbergerstraße 15, Tel. 2809090

Für die freundliche Überlassung des Themas bedanke ich mich herzlich bei Herrn Prof. Dr. E. Liebhardt.

Ganz besonderer Dank gebührt Frau Dr. Cordula Baur für Ihre Ratschläge bei der Literatursuche und -auswahl sowie für die Betreuung während der Durchführung der Arbeit.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

1. Der Scheintod
2. Ziel der Arbeit

1. Hauptteil: Todesfeststellung

1. Die ärztliche Leichenschau und ihre Bedeutung
 - 1.1. strafrechtlich
 - 1.2. zivilrechtlich
 - 1.3. sonstige
2. Todeszeichen
 - 2.1. unsichere Todeszeichen
 - 2.2. Lebensproben
 - 2.3. sichere Todeszeichen
 - 2.3.1. Totenflecke (Livores)
 - 2.3.2. Totenstarre (Rigor mortis)
 - 2.3.2.1. Kataleptische Totenstarre
 - 2.3.2.2. vorgetäuschte kataleptische Totenstarre
 - 2.3.3. Leichenkälte
 - 2.3.4. Autolyse und Fäulnis
3. Sarggeburt
 - 3.1. Sarggeburt bei einer Bauersfrau (1851)
 - 3.2. Sarggeburt im Bett (1965)

2. Hauptteil: Fallbeschreibungen

- 2.1. Historische Fälle von Scheintoten
 - 2.1.1. Kaiser Zeno
 - 2.1.2. König Ludwig IX. (Ludwig der Heilige)
 - 2.1.3. Scheintod eines Edelmannes zur Zeit Vesalius
- 2.2. Der Scheintod im 18. und 19. Jahrhundert
- 2.3. Der Scheintod im 20. Jahrhundert
 - 2.3.1. Berichte aus der Laienpresse
 - (1) Angelo Hays, 1937
 - (2) Jacky C. Bayne, 1967
 - (3) Josef Ramosch, 1969
 - (4) 71-jährige Frau, 1965

- (5) M. Mc Eldowney, 1974
- (6) Jutta Sch., 1978
- (7) 85-jähriger Mann, 1978
- (8) Jacqueline Rosser 1981

2.3.2. Berichte aus der Fachliteratur -medizinisch gesichert-

2.3.2.1. Vergiftungen

- (1) Minna Braun, 1919
- (2) Friederika A., 1970
- (3) Elisabeth K.
- (4) Gerda M., 1975
- (5) Rita Sch., 1975
- (6) Emma S., 1975
- (7) 41-jährige Frau, 1976
- (8) 23-jährige Frau, 1976
- (9) 55-jährige Frau, 1976
- (10) 27-jährige Frau, 1977
- (11) Therese M., 1979
- (12) Edith M., 1980

2.3.2.2. Scheintod bei Erhängten

- (1) Raab
- (2) Boston
- (3) Ostpreußen
- (4) bulgarischer Soldat
- (5) Unteroffizier

2.3.2.3. Scheintod nach Einwirkung von Elektrizität

- (1) 11-jähriger Junge, 1923
- (2) Franz Sch., 1923

2.3.2.4. Scheintod bei Neugeborenen

- (1) Fall von Bieling
- (2) 32-jährige Drittpara
- (3) 22-jährige Erstpara

2.3.2.5. Scheintod bei CO₂-Vergiftung

2.3.2.6. Scheintod bei Ertrunkenen

- (1) 5-jähriger Junge
- (2) 5-jähriger Junge, 1962

2.3.2.7. sonstige Fälle

- (1) Narkosezwischenfall, England
- (2) 36-jährige Frau, 1960

3. Hauptteil: Disposition zum Scheintod

- 3.1. Alkohol
- 3.2. Anoxie (Sauerstoffmangel)
- 3.3. Azeton
- 3.4. Anämie
- 3.5. Asphyxie bei Neugeborenen
- 3.6. Epilepsie
- 3.7. Elektrizität
- 3.8. Erhängen
- 3.9. Ertrinken
- 3.10. Injury (Schädel-Hirn-Trauma)
- 3.11. Opium und andere Schlaf- und Suchtmittel
in Überdosis
- 3.12. Urämie und andere Komata

Schlußüberlegungen

- 1. Der Scheintod und seine Problematik
- 2. Konsequenzen für den Arzt
 - 2.1. Konsequenzen im Hinblick auf die
Feststellung des eingetretenen Todes
 - 2.2. Strafrechtliche Konsequenzen
 - 2.2.1. § 212 Totschlag
 - 2.2.2. § 222 fahrlässige Tötung
 - 2.2.3. § 223 Körperverletzung
 - 2.2.4. § 226 Körperverletzung mit Todesfolge
 - 2.2.5. § 323c unterlassene Hilfeleistung
- 3. Amtlich bestellte Leichenschauer

Literaturverzeichnis

- Armstrong, Gilbert, R. A. Resuscitation after apparent death
in: The British Medical Journal 3187,
(1922), S. 141
- B. J. J.
(Name bekannt) Petition v. 10. 8. 1971, Aachen
Schreiben an den Präsidenten des
Landtages v. 4. 6. 1973
- Berg, Steffen P. Grundriß der Rechtsmedizin, Verlag
Rudolph Müller & Steinicke, 11. Aufl.
München (1976)
- Bieling, O. Der Scheintod
in: Die Med. Welt, 6. Jg., Nr. 24
Berlin (1932), S. 833 - 837
- Boetzkes, Claus E. Scheintot begraben, Verlag R. S.
Schulz, München (1978)
- Bruhier, Jacques Jean Abhandlungen von der Ungewißheit der
Kennzeichen des Todes, und dem Mis-
brauche, der mit übereilten Beerdig-
ungen und Einbalsamierungen vorgeht,
aus dem Französischen übersetzt und
mit Anmerkungen und Zusätzen ver-
mehret, hrsg. v. D. Johann Gottfried
Jancke, Leipzig und Coppenhagen (1754)
- Bruns, O. Elektrokardiographische Kontrolle des
Scheintodes und der Wiederbelebungs-
möglichkeiten
in: Münch. med. Wschr. II (1934)
S. 1225 - 1228
- Bushart, Walter Die Kriterien des Todes unter Berück-
Rittmeyer, Peter sichtigung der modernen Möglichkeiten
der Wiederbelebung und der Intensiv-
behandlung
in: Materia Medica Nordmark XXI/1
(1969), S. 22 - 29
- Cardenal Sanchez, Ricardo Los signos de la muerte real
Die Zeichen des tatsächlich einge-
tretenen Todes
in: La Medicina Ibero (1926)
S. 660 - 664
- Das moderne Lexikon Hrsg.: Lexikon-Institut Bertelsmann
Bd. 11, S. 274
- Der Spiegel Nr. 48 v. 20.11.1967, Heft 8 (1977)
Nr. 51 v. 12.12.1977
- Dietz, G. Gerichtliche Medizin, Ein Lehrbuch
Dürwald, W. für Studenten, Leipzig (1976)
- Duvoir, M. L'électrocardiographie dans les
Pollet, L. états de mort apparente
in: Bull. Soc. méd. Hôp. Paris III 50
(1934), S. 801 - 805

- Ebnöther, Karl "Sarggeburt" im Bett
in: Kriminalistik 20 (1966), S. 92-94
- Eder, M.
Gedigk, P. Lehrbuch der Allgemeinen Pathologie
und der Pathologischen Anatomie,
30. Aufl., Springer-Verlag (1977)
Berlin-Heidelberg-New York
- Ehm, Peter Arzt schrieb Totenschein - die Frau
lebt, AZ v. 21. 9. 1979
Deshalb hat die Scheintote überlebt
AZ v. 22./23. 9. 1979
- Forster, Balduin Rechtsmedizin, Enke-Verlag
Ropohl, Dirk Freiburg (1976)
- Frentrop Auch eine Geburt nach dem Tode der
Mutter
in: Vierteljahresschrift f. gerichtl.
u. öffentl. Med., Bd. 14 (1858)
S. 345 - 347
- Geisler, P.
Penin, H. Elektroenzephalographische Verlaufs-
beobachtungen nach erfolgreicher
Wiederbelebung eines Herzstillstan-
des trotz verspätet einsetzender
Herzmassage
in: Med. Welt (1964), Sonderdruck
S. 2005 - 2011
- Gerlach, J. Individualtod - Partialtod - Vita
reducta, Probleme der Definition und
Diagnose des Todes in der Medizin von
heute
in: Münch. med. Wschr. 16 (1968)
S. 980 - 983
- Glaeser, Jürgen Das Leichenschauwesen in der Bundes-
republik
in: Dtsch. Ärzteblatt 44 (1959)
S. 731 - 733; S. 768 - 774
- Granzow, D. Die Frau, die zweimal starb
in: Stern Nr. 241/80
- Grass, K.
Chall, G. Scheintot im Sarg: Der Staatsanwalt
ermittelt
in: AZ v. 19. 2. 1980
- Gütgemann, A.
Käufer, C. Der Scheintod
in: Dtsch. Med. Wschr. 13 (1970)
S. 702 - 706
- Gütgemann, A., Käufer, C., Keine Angst vor dem "Lebendig-begra-
Siedeck ben-Werden", Diskussion mit der Welt,
17. 4. 1974
- Händel, K. Neuregelung des Leichenschauwesens
in Baden-Württemberg,
in: Med. Klinik 65, (1970), S. 2218
bis 2223

- Hansen, Gerhard Gerichtliche Medizin
Leipzig (1954)
- Hossli, G. Das Verhalten des Arztes beim Schein-
tod
in: Schweiz. med. Wschr. 89 (1956)
S. 762
- Jablonowski, R. Ein einfaches Hilfsmittel zur Fest-
stellung geringster Atemtätigkeit
bei Fällen von Scheintod und Narko-
sestörungen
in: Dtsch. med. Wschr. (1927), S. 582
- Jellinek, Stefan Zwei Elektrisch Scheintote, wieder-
belebt nach ein bzw. drei Stunden
durch künstliche Atmung
in: Wiener Klin. Wschr. (1923)
S. 832 - 834
- Käufer, C.
Penin, H. Todeszeitbestimmung beim dissoziier-
ten Hirntod
in: Dtsch. Med. Wschr. 93 (1968)
S. 679 - 684
- Kauert, G., Eisenmenger,
W., Spann, W. Gutachten v. 24. 11. 1980
- Kite, Ch. Über die Wiederherstellung scheinbar
toter Menschen und die Erhaltung der
aus verstorbenen Müttern lebendig ge-
nommenen Kinder, Leipzig (1790)
- Kittel, Lutz Ärztin warf Baby in Plastikeimer,
nach 10 Minuten schrie es
Bild-Zeitung v. 6.11./7.11./8.11./
und 15.11.1978
- Klingshirn, Heinrich Bestattungsrecht in Bayern, Systema-
tischer Kommentar zum Bestattungsge-
setz, zu den beiden Bestattungsver-
ordnungen sowie zu sonstigen ein-
schlägigen Vorschriften
Stand: 1. Febr. 1977
Richard Boorberg Verlag München
- Kramer, W. Die Schwelle zum Tode
in: Ärztliche Praxis 24; (1968)
S. 1091, S. 1107 - 1111
- Kraus, L. A. Praktische Anweisungen zu gericht-
lichen Leichenuntersuchungen
Helmstedt (1837)
- Kügler-Podelleek, I.,
Rodewald, G., Horatz, K.,
Kügler, S. und
Müller-Brunotte, P. Erfolgreiche Wiederbelebung bei Er-
trinken im Eiswasser
in: Dtsch. Med. Wschr. 90 (1965)
S. 74 ff.
- Kuschinsky, G.
Lüllmann, H. Kurzes Lehrbuch der Pharmakologie und
Toxikologie, Georg Thieme Verlag
Stuttgart (1976)

- Kvittingen, T. D.
Naess, A. Brit. med. Journal (1963)
S. 1315
- Laves, Wolfgang
Berg, Steffen Agonie, Physiologisch-chemische Untersuchungen bei gewaltsamen Todesarten
Verlag Max Schmidt-Römhild, Lübeck (1965)
- Lempke, K. Ein Sarg zum Überleben
in: Stern Nr. 13 v. 22. 3. 1979
- Lochte, Th. Ein Fall von absichtlich vorgetäuschter kataleptischer Totenstarre
in: Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin, Bd. 1 (1922), S. 103 - 114
- Löscher Geburt nach dem Tode
in: Vierteljahresschrift f. gerichtl. u. öffentl. Med., Bd. 14, Berlin (1858), S. 170 - 172
- Mätzler, Armin Ärztliche Todesbescheinigungen für Lebende
in: Kriminalistik, Heft 4/1978
S. 157 ff.
Über Schwachstellen im Leichenwesen
in: Kriminalistik Heft 5/1978
Diskussion: Ärztliche Todesbescheinigungen für Lebende
in: Kriminalistik Heft 6/1978
S. 261 - 262
- Mallach, H. J.,
Barz, J., Mattern, R. Bemerkungen zum Bestattungsgesetz von Baden-Württemberg
in: Med. Welt (1977), S. 1905 - 1908
Bd. 28, Heft 46
- Medical World News The day the cadaver coughed
v. 12. 4. 1974
- Meixner Wiederbelebung nach Scheintod
in: Dtsch. Zeitschr. f. d. gesamte gerichtl. Med., Berlin (1922),
S. 441/442
- Metter, Dierk Ärztliche Leichenschau und Dunkelziffer bei unnatürlichen Todesfällen
in: Kriminalistik Heft 4/1978
S. 155 ff.
- Moewes, C. Ein Fall von Scheintod
in: Archiv f. Kriminologie (Kriminalanthropologie u. Kriminalistik) (1920), S. 311 - 315
- Moll, A. Der Hypnotismus, Fischers medizinische Buchhandlung, Berlin (1924)
- Mollaret, Pierre Über die äußersten Möglichkeiten der Wiederbelebung. Die Grenzen zwischen Leben und Tod, in: Münch. Med. Wschr. Nr. 34, (1962), S. 1539 - 1545

- Morin, G. A propos du diagnostic de la mort réelle; Un point d'histoire oublié: Les travaux médico-légaux du Docteur Veyne, ami de Sainte-Beuve, sur l'artériotomie pour distinguer mort apparente et mort réelle (1868) in: Le Journal de Médecine de Lyon, Jg. 8, Nr. 189, S. 599-602 (1927)
- Neugebauer Vita minima in: Dtsch. Zeitschr. f. d. gesamte gerichtl. Med., Bd. 52 (1961/1962) S. 526
- Neuhaus, G. Pathophysiologie und Klinik von Erkrankungen bei Patienten unter den Bedingungen der Vita reducta in: Verhandl. d. Dtsch. Gesellschaft f. Innere Med., 69. Kongress (1963) S. 16 - 39
- Popp, Fritz Die Erscheinungen und der Spättod nach Erhängungsversuchen in: Vierteljahresschrift f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen, Bd. 59, (1920), S. 213 - 232
- Pribilla, O. Juristische, ärztliche und ethische Fragen zur Todesfeststellung in: Dtsch. Ärzteblatt (1968) S. 2256 - 2259
- Prokop, Otto Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, Verlag Volk und Gesundheit, Berlin (1960)
- Puppe, Georg Beobachtungen an wiederbelebten Erhängten in: Dtsch. med. Wschr. (1918), S. 927
Atlas und Grundriß der Gerichtlichen Medizin, I. Teil, München (1908) S. 203 ff.
- Rautenberg, E. Ein bemerkenswerter Fall von Scheintod in: Dtsch. Med. Wschr. v. 13.11.1919 S. 1277/1278
- Reimann-Prokop Vademecum Gerichtsmedizin, Berlin (1976)
- Seydel, C. Ueber kataleptische Todtenstarre in: Vierteljahresschrift f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen, NF, Bd. 50, Berlin (1889)
- Seyffarth, G. Ein Fall eines wiederbelebten Erhängten in: Dtsch. med. Wschr. (1918) S. 928

- Spann, W. Gutachten v. 15. 1. 1981
Eisenmenger, W.
- Spann, W., Kugler, J., Tod und elektrische Stille im EEG,
Liebhardt, E. Münch. Med. Wschr., 109. Jahrgang,
Heft 42 (1967), S. 2161 - 2167
- Spann, W. Reanimation und Feststellung des
Liebhardt, E. Todeszeitpunktes
in: Münch. Med. Wschr., Heft 27
(1966), S. 1410 - 1414
- Spann, W., Liebhardt, E., Gutachten v. 15. 3. 1976
Eisenmenger, W. Gutachten v. 3. 12. 1979
- Spengler, J. Über die ärztliche Leichenschau.
Gedanken zur Vermeidung fehlerhafter
Feststellung des Todes, Dissertation,
Tübingen (1978)
- Süddeutsche Zeitung Polizei erweckt einen Toten
v. 22. 12. 1978
- Scharfetter, Chr., Zum isoelektrischen Enzephalogramm,
Schmoigl, S. Aussagewert nach Aussetzen der Spon-
tanatmung
in: Dtsch. Med. Wschr., 92, (1967)
S. 472 - 475
- Schettler, Gotthard Innere Medizin, Georg Thieme Verlag
Stuttgart (1976)
- Schmidt, G. Die ärztliche Leichenschau
in: Therapiewoche, Bd. 20 (1970)
S. 3424 - 3428
- Schmidt-Matthiesen, H. Gynäkologie und Geburtshilfe
F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart-
New York (1976)
- Schönke, Adolf Straßengesetzbuch, Kommentar, 20. Auf-
Schröder, Horst lage, Verlag C. H. Beck (1980)
- Schwerd, W. Rechtsmedizin, Hrsg.: W. Schwerd u.a.,
Deutscher Ärzte-Verlag, 2. Auflage
(1976)
- Stern Nr. 13 v. 22. 3. 1979
- Teige, K. Scheintod oder nur auf dem Schein
Gerlach, D. tot?
in: Med. Welt, 26, Heft 4 (1975)
S. 167 - 169
- Tesar, Jaromir Vita minima
Schmittová, Marie in: Soudní lék. 6, (1961), S. 129-134
- The Times Nurse tells of horror when "dead"
man moved, v. 16. 3. 1974
- Thürnau, Detlef Der Scheintod, Dissertation,
Bonn (1971)

von Wachenfeldt, S.

Intracardiale Adrenalininjektionen
als Hilfsmittel bei Wiederbelebungs-
versuchen von scheinbaren Neugebo-
renen

in: Monatsschrift für Geburtshilfe
und Gynäkologie (1926), S. 185-195

Wawersik, J.

Reanimation und ihre Grenzen
in: Ärztliche Praxis, Nr. 75,
v. 20. 9. 1975

Kriterien des Todes unter dem Aspekt
der Reanimation

in: Der Chirurg (1968), S. 345-348

Zeissing

In der Theorie: ohne Athmen Neugebo-
rener dennoch Leben, in der Praxis:
ohne Athmen Neugeborener kein Leben
in: Vierteljahresschrift f. gerichtl.
u. öffentl. Med., Bd. 13, Berlin
(1858), S. 330 ff.

Einleitung

1. Der Scheintod

Gerade in den letzten Jahren wird in der Laienpresse - aber auch in der medizinischen Fachpresse wieder ab und zu über Fälle einer mangelhaften Todesfeststellung bzw. über Fälle von Scheintoten berichtet. Der neueste Fall, über den der "Stern"¹⁾ unter der Schlagzeile "Die Frau, die zweimal starb" berichtete, ereignete sich am 16. Febr. 1980 in München. Damit ist erneut die Problematik der eindeutigen Todesfeststellung, die zu kennen für den Arzt von größter Wichtigkeit und damit eigentlich selbstverständlich ist, in den Vordergrund gerückt.

Berg²⁾ versteht unter dem Scheintod eine Phase zwischen Herzstillstand und Gehirntod, während der manchmal Wiederbelebungsmaßnahmen erfolgreich sein können.

Das Sterben selbst - die Agonie - ist ein Ablaufen von Vorgängen, die von unterschiedlich langer Dauer sein können. Je nach zugrunde liegender Krankheit sind alle Lebensvorgänge mehr oder weniger reduziert. Am Ende der Agonie steht der sogenannte "klinische Tod" mit Atem- und Herzstillstand und Absterben der Gehirnzellen.³⁾

Berg unterteilt die Agonie in eine inkomplette Dysregulation (z. B. nur mit Atemstillstand) und in eine komplette Dysregulation (Herzstillstand und Atemstillstand, die zum Gehirntod führen). Im ersteren Fall spricht er von einer "Vita reducta" und im zweiten Fall von einer "Vita minima"

1) Granzow D., Die Frau, die zweimal starb, in: Stern 241/80; Fallbeschreibung siehe Seite 52

2) Berg, S. P., Tod und Leichenerscheinungen, in: Grundriß der Rechtsmedizin, Verlag von Rudolph Müller & Steinicke, 11. Aufl., München (1976), S. 131 ff.

3) siehe auch: Schwerd, W., Todesdefinition, in: Rechtsmedizin, Hrsg.: W. Schwerd u. a., Deutscher Ärzte-Verlag, 2. Aufl., (1976), S. 180 ff.

und setzt diese dem Scheintod gleich. Erfolgt in dieser Phase keine Reanimation oder führt sie nicht zum Erfolg, so tritt der klinische Tod ein, gefolgt vom biologischen Tod mit Autolyse, Fäulnis und Verwesung (späte Leichenerscheinungen = kadaveröses Stadium).

Während früher ein Herz- und Atemstillstand als irreversibler Zustand bezeichnet werden mußte, ist heute infolge der Möglichkeiten der Wiederbelebung⁴⁾ und der Intensivtherapie dieser Zustand durchaus nicht mehr als hoffnungslos zu bezeichnen. Der mögliche Erfolg ist natürlich abhängig vom Grundleiden, vom Lebensalter und vom Gesundheitszustand des Patienten sowie von der Dauer des Kreislaufstillstandes.

Kompliziert wird die Situation noch durch die Möglichkeit des "dissoziierten Hirntodes"⁵⁾, hervorgerufen durch eine direkte Schädigung des Gehirns (z. B. durch äußere Gewalteinwirkung oder durch intrakranielle Drucksteigerung als Folge einer Blutung). Spann⁶⁾ unterbreitet folgenden Vorschlag für die Feststellung des Todes, was ein Abbrechen der Reanimationsmaßnahmen nach sich ziehen würde:

Fehlende Spontanatmung; Fehlen von spontanen Herzaktionen; völlige Reflexlosigkeit; Mydriasis; Ableiten des EEG über sechs Stunden (besser wären, wie heute teilweise schon gehandhabt zwölf Stunden); Kontrolle des Elektrolythaushaltes, um eine Metabolitenentgleisung auszuschließen.

4) Spann, W., Liebhardt, E., Reanimation und Feststellung des Todeszeitpunktes, in: Münch. Med. Wochenschrift, Heft 27 (1966), S. 1410 - 1414

siehe auch: Bushart, W. und Rittmeyer, P.: Die Kriterien des Todes unter Berücksichtigung der modernen Möglichkeiten der Wiederbelebung und der Intensivbehandlung, in: Materia Medica Nordmark, XXI/1 (1969), S. 22-29

5) Scharfetter, Chr., und Schmoigl, S., Zum isoelektrischen Enzephalogramm, Aussagewert nach Aussetzen der Spontanatmung, in: Deutsche Med. Wochenschrift, 92. Jahrgang, 1. HJ (1967), S. 472-475

6) Spann, W., Kugler, J., Liebhardt, E., Tod und elektrische Stille im EEG, Münchner Med. Wochenschrift, 109. Jahrgang, Heft 42 (1967), S. 2161-2167

Sind die genannten Kriterien gegeben und besteht außerdem über sechs Stunden ein absolutes Nulllinien-EEG, so hat ein Ärzteteam den Tod festzustellen.

Aktualität erlangte das Problem der Todeszeitfeststellung durch die moderne Transplantations-Chirurgie. Einerseits steigen die Chancen des Transplantat-Empfängers, je kürzer die Ischämiezeiten des Übertragenen Organs sind⁷⁾. (Im Vergleich zu Organentnahmen von Leichen bieten Hirntote mit intaktem - wenn auch nur künstlich aufrechterhaltenem - Kreislauf wesentlich bessere Voraussetzungen für die Organübertragung.) Andererseits kann die Entnahme des Transplantats auch eine mehr oder weniger theoretische, jedoch merkbare Lebensverkürzung sein und somit weitläufig als "Tötung" aufgefaßt werden.

Bieling⁸⁾ fordert bei allen plötzlichen Todesfällen (hierzu gehören vor allem Verkehrsunfälle), die Wiederbelebungsversuche nicht eher aufzugeben, bis sichere Leichenerscheinungen vorhanden sind. Im Gegensatz dazu Wawersik⁹⁾, der wohl wie die Mehrzahl der in der Gegenwart praktizierenden Ärzte der Meinung ist, daß ein Arzt innerhalb kürzester Zeit entscheiden muß, ob eine Wiederbelebung durch Herzmassage und Atemgerät sinnvoll ist. Dies kann nicht der Fall sein, wenn die Gehirnzellen bereits irreversibel geschädigt sind und mit einem mentalen Defekt zu rechnen ist. So gesehen ist es also durchaus berechtigt, den Individualtod auch allein vom Organtod des Gehirns abhängig zu machen.

7) Käufer, C., Penin, H., Todeszeitbestimmung beim dissoziierten Hirntod, Klinische und elektroenzephalographische Kriterien, Deutsche Medizinische Wochenschrift, 93. Jahrgang, 1. HJ (1968), S. 679 - 684

8) Bieling, O., Der Scheintod, Die Medizinische Welt, 6. Jahrgang, Nr. 24, Berlin (1932), S. 833 - 837

9) Wawersik, J., Kriterien des Todes unter dem Aspekt der Reanimation, Der Chirurg, 39. Jahrgang, Heft 8, (1968), S. 345 - 348

2. Ziel der Arbeit

Ziel dieser Arbeit ist, zunächst einmal die zu fordernden und praktizierten Methoden der Todesfeststellung darzustellen. Dabei wird nach sicheren und unsicheren Todeszeichen unterschieden und auf die Durchführung der ärztlichen Leichenschau Bezug genommen.

Das Hauptaugenmerk soll jedoch auf Fallbeschreibungen gerichtet sein.

Obwohl durch die ärztliche Leichenschau (bis 1970 durchgeführt von amtlich bestellten Leichenschauern) und die vom Gesetzgeber vorgegebenen Bestimmungen das Vorkommen bzw. das Nichterkennen von Scheintoten nahezu ausgeschlossen werden müßte, sind in den letzten Jahren wieder einige Fälle beschrieben worden, bei denen die Untersuchungen zur Todesfeststellung mangelhaft und die Diagnose "tot" falsch war.

Für den praktisch tätigen Arzt ergeben sich hieraus Konsequenzen in der Durchführung der Leichenschau.

Außerdem soll gezeigt werden, daß bei bestimmten Krankheitsbildern eine gewisse Disposition zum Scheintod besteht und infolgedessen größte Vorsicht - gerade bei der Todesfeststellung - geboten ist.

1. Hauptteil: Todesfeststellung

1. Die ärztliche Leichenschau und ihre Bedeutung

Die Leichenschau wird durch die Bestattungsgesetze der jeweiligen Länder geregelt. Für Bayern gilt das Bestattungsgesetz vom 24. Sept. 1970, das mit dem 1. Jan. 1971 in Kraft getreten ist.¹⁰⁾

Für die ärztliche Leichenschau¹¹⁾ ist vor allem Artikel 2 von Bedeutung, in ihm heißt es:

- (1) Jede Leiche muß vor der Bestattung zur Feststellung des Todes, der Todesart (natürlicher oder nicht natürlicher Tod) und der Todesursache von einem Arzt untersucht werden (Leichenschau).
- (2) Auf Verlangen eines jeden auf Grund des Art. 15 zur Veranlassung der Leichenschau Verpflichteten oder einer nach Art. 14 Abs. 2 zuständigen Stelle oder deren Beauftragten sind zur Leichenschau verpflichtet,
 1. jeder Arzt, der in dem Gebiet der Kreisverwaltungsbehörde, in dem sich die Leiche befindet, oder in dem Gebiet einer angrenzenden kreisfreien Gemeinde niedergelassen ist,
 2. in Krankenhäusern und Entbindungsheimen außerdem jeder dort tätige Arzt.

10) Klingshirn, H., Bestattungsrecht in Bayern; Systematischer Kommentar zum Bestattungsgesetz, zu den beiden Bestattungsverordnungen sowie zu sonstigen einschlägigen Vorschriften, Stand: 1. Febr. 1977, Richard Boorberg Verlag München

11) hierzu siehe auch:
Schmidt, G., Die ärztliche Leichenschau, in: Therapie-woche Bd. 20 (1970), S. 3424 - 3428

Mätzler, A., Über Schwachstellen im Leichenwesen, in: Kriminalistik, Heft 5/1978, S. 205 - 208

Metter, D., Ärztliche Leichenschau und Dunkelziffer bei unnatürlichen Todesfällen, in: Kriminalistik, Heft 4 (1978), S. 155 - 157

- (3) Der Arzt kann die Leichenschau verweigern, wenn sie ihn oder einen Angehörigen, zu dessen Gunsten ihm in Strafverfahren wegen familienrechtlicher Beziehung das Zeugnisverweigerungsrecht zusteht, der Gefahr aussetzen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden."

Artikel 3 regelt das Betretungs- und Auskunftsrecht wie folgt:

- (1) Zur Leichenschau dürfen der Arzt und die von ihm zugezogenen Sachverständigen und Gehilfen jederzeit den Ort betreten, an dem sich die Leiche befindet. Der Inhaber der tatsächlichen Gewalt hat ihnen Grundstücke, Räume und bewegliche Sachen zugänglich zu machen.
- (2) Wer den Verstorbenen unmittelbar vor dem Tod berufsmäßig behandelt oder gepflegt hat, hat auf Verlangen des Arztes, der die Leichenschau vornimmt, unverzüglich die zu diesem Zweck erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen vorzulegen. Die gleiche Verpflichtung trifft jeden Arzt, der den Verstorbenen nach dessen Tod untersucht hat. Der Verpflichtete kann die Auskunft und die Vorlage von Unterlagen verweigern, soweit er dadurch sich selbst oder einen Angehörigen, zu dessen Gunsten ihm in Strafverfahren wegen familienrechtlicher Beziehung das Zeugnisverweigerungsrecht zusteht, der Gefahr aussetzen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden.

Für totgeborene oder während der Geburt verstorbene Kinder von mindestens 35 cm Länge (Totgeburten) gelten die gleichen Vorschriften.

Eine Leibesfrucht unter 35 cm wird als Fehlgeburt bezeichnet. Fehlgeburten und Körper- oder Leichenteile "müssen durch den Verfügungsberechtigten oder, wenn ein solcher nicht feststellbar oder verhindert ist, durch

den Inhaber des Gewahrsams unverzüglich in schicklicher und gesundheitlich unbedenklicher Weise beseitigt werden, soweit und solange sie nicht medizinischen oder wissenschaftlichen Zwecken dienen oder als Beweismittel von Bedeutung sind."

Es wurde von jeher als oberste Aufgabe betrachtet, durch das Bestellen von Fachkräften (früher: amtlich bestellte Leichenschauer, ab 1.1.1971 Ärzte) einer falschen Todesfeststellung vorzubeugen und somit die Bestattung von Scheintoten zu vermeiden. Zusätzlich kommt heutzutage der Feststellung der genauen Todesart und des Todeszeitpunktes noch folgende Bedeutung zu:

1.1. strafrechtlich

Ein unnatürlicher Tod i. S. des Strafgesetzbuches ist auszuschließen (Mord, Selbstmord). Deshalb sollte grundsätzlich bei jeder Leichenschau die Leiche vollständig entkleidet werden, um eventuell verborgene Verletzungszeichen (Strangulationsmarke; Wunden, die auf Stich- oder Schußverletzungen hinweisen; Blitzfigur) nicht zu übersehen.

1.2. zivilrechtlich

Der Tod eines Menschen bringt wichtige Rechtsfolgen mit sich. Es sind dies einmal

der Verlust der Rechtsfähigkeit

und zum zweiten

der Eintritt des Erbfalles.¹²⁾

1.3. sonstige

Für die Entnahme eines Organes und die Übertragung auf einen Empfänger spielt die genaue Feststellung des Todeszeitpunktes

12) § 1922 BGB; Erläuterungen dazu:
Händel, K., Neuregelung des Leichenschauwesens in Baden-Württemberg, Med. Klinik 65, (1970), S. 2218 - 2223

ebenfalls eine wesentliche Rolle, um das Transplantationsrisiko so klein wie möglich zu halten.

Außerdem sollen übertragbare Krankheiten, die nach dem Bundesseuchengesetz meldepflichtig sind, erkannt werden.

Die Leichenschau stellt ferner die Grundlage der Todesursachenstatistik dar.

Artikel 18 beinhaltet "Ordnungswidrigkeiten" und deren Sanktionen, die im Rahmen dieser Arbeit jedoch von untergeordneter Bedeutung sind.

Im Gegensatz zur alten Regelung¹³⁾ muß also nunmehr die Leichenschau stets von einem Arzt vorgenommen werden, und zwar ist jeder niedergelassene Arzt verpflichtet, die Leichenschau auf Verlangen durchzuführen, da die Berufsvertretung der Ärzte selbst eine Ausnahme bestimmter Fachrichtungen (z. B. Dermatologen, Augenärzte, Gynäkologen) nicht gewünscht hat. Ob dies als ein Vorteil anzusehen ist, sei dahingestellt.

War es bis 1.1.1971 so, daß die Leichenschau nicht vor Ablauf von acht Stunden - jedoch möglichst innerhalb von 24 Stunden nach dem Tode - vorzunehmen war, so muß nach dem neuen Gesetz die Leichenschau u n v e r z ü g l i c h, d. h., ohne schuldhaftes Verzögerung, vorgenommen werden. In die Praxis übertragen heißt dies, daß ein Arzt jedoch nicht verpflichtet ist, z. B. seine Sprechstunde zu unterbrechen, um sich sofort zu dem Toten zu begeben.

Allerdings bedeutet "unverzüglich" auch, daß der Arzt möglicherweise schon eine oder zwei Stunden nach dem Tod eintrifft. Da er bei einer ordnungsgemäß durchgeführten Leichenschau auf sichere Todeszeichen angewiesen ist, diese aber erst ca. sechs bis acht Stunden nach dem Eintritt des Todes zu sehen sind, ist er infolgedessen gezwungen, ein zweites Mal die Lei-

13) Glaeser, J., Das Leichenschauwesen in der Bundesrepublik, in: Deutsches Ärzteblatt 44 (1959), S. 731-733; S. 768-774

che zu untersuchen. Daß er dies in der Praxis oft nicht tut, beweisen die in der Literatur gefundenen Fälle von irrtümlichen Todesfeststellungen.

Dietz und Dürwald¹⁴⁾ fordern außerdem von einer zielgerichteten Leichenschau, daß die Leiche unbekleidet sein soll und etwaige Kinnbinden oder sonstige Verbände zu entfernen sind. Auch die Rückseite der Leiche soll genauestens untersucht werden.

Wichtig ist ferner die Farbe der Totenflecke (eine hellrote Farbe würde z. B. auf eine CO-Vergiftung - Mord oder Selbstmord - hinweisen). Ansonsten ist noch auf das Ausmaß der Totenstarre zu achten sowie auf etwaige Abnormitäten am ganzen Körper. Insbesondere sind auch die Körperöffnungen (Mund, Analbereich, bei Frauen die Scheide) auf etwaige Verletzungen zu untersuchen.

2. Todeszeichen

Die moderne Medizin unterscheidet zwischen sogenannten unsicheren und sicheren Todeszeichen; außerdem kennt sie noch die "Lebensproben", die früher regelmäßig angewandt wurden, jedoch heute keine Bedeutung mehr haben.

2.1. unsichere Todeszeichen

Unsichere Todeszeichen gehen dem Individualtod (Herz- und Atemstillstand sowie Aussetzen der Gehirnfunktionen¹⁵⁾) voraus und können infolge einer Reduktion aller Lebensfunktionen auch beim Scheintod vorkommen. Sie dürfen also niemals alleinige Grundlage einer Todesfeststellung sein.

14) Dietz, G., u. Dürwald, W., Leichenschau, Leichenöffnung und Exhumierung, Ein Lehrbuch für Studenten, Leipzig (1976), S. 47 ff.

15) Schwerd, W., Todesdefinition, in: Rechtsmedizin, Hrsg.: W. Schwerd u. a., Deutscher Ärzte-Verlag, 2. Aufl. (1976) S. 180 ff.

Unsichere Todeszeichen sind:

- 1.) Blässe der Haut und Schleimhaut
- 2.) Abkühlung (insbesondere der Extremitäten)
- 3.) Areflexie
- 4.) keine erkennbare Atmung
- 5.) Pulslosigkeit
- 6.) Herztöne auskultatorisch nicht mehr wahrnehmbar

2.2. Lebensproben¹⁶⁾

Prokop gibt in seinem Lehrbuch der gerichtlichen Medizin eine umfassende Aufstellung der sogenannten Lebensproben, die bis vor gar nicht so langer Zeit (z. B. im Fall der Minna Braun 1919) auch Anwendung fanden.

Die häufigsten Lebensproben waren:

Spiegel- und Federprobe

Wasserglasprobe

Brennproben (Auftropfen von Siegelack erzeugt beim Lebenden einen Entzündungshof und Brandblasen)

Thoraxschnitt über dem Herzen (Überprüfen, ob das Herz noch tätig ist)

Seifenschaumprobe

Pulsaderschnitt (kein Blutaustritt beim Toten)

Etwas moderner sind folgende Verfahren:

Röntgen-Probe (Röntgenaufnahme mit längerer Exposition. Ist noch eine Herzaktion vorhanden, stellt sich der Herzrand verschwommen dar.)

Fluoreszinprobe

16) Prokop, O., Der Scheintod, in: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin (1960) 3. Kapitel, S. 14 ff.

Jablonowski, R., Ein einfaches Hilfsmittel zur Feststellung geringster Atemtätigkeit bei Fällen von Scheintod und Narkosestörungen, in: Deutsche Med. Wochenschrift, Nr. 14, Jg. 53, (1927), S. 582

Bromothymolblauprobe

EKG - Nulllinie beim Toten. (Das EKG, aufgenommen bei Sterbenden, kann wiederholt noch positiv sein, auch wenn Puls und Herztöne nicht mehr nachweisbar sind.)

2.3. Sichere Todeszeichen

Unter sicheren Todeszeichen versteht die Medizin Leichenerscheinungen, die nicht unmittelbar mit Eintritt des Individualtodes zu sehen sind, sondern die zeitlich versetzt mit diesem auftreten. An dieser Stelle sei erwähnt, daß bis zur Entwicklung der heutigen Reanimationsmaßnahmen mit all ihrer komplexen Technik der irreversible Stillstand von Atmung und Kreislauf als klassische Todesdefinition genügten.

Sichere Todeszeichen, von denen mindestens eines vorhanden sein muß, sind:

2.3.1. Totenflecke (Livores)

Hierbei handelt es sich um Verfärbungen der Haut, die nach dem Tod eintreten und infolge der Senkung des Blutes nach den tiefer gelegenen Körperstellen entstehen.

Bereits beim Sterbenden kann man mitunter beobachten, wie während der Agonie das Blut der Schwerkraft folgend in die tieferen und abhängenden Partien sinkt. Sistiert der Kreislauf, so bildet sich eine Hypostase (Blutsenkung) bereits nach etwa 20 - 30 Minuten aus. Das Blut strömt an den abhängenden Stellen in die Kapillaren der Haut. In dieser Phase sind die Totenflecke noch wegdrückbar.

Einige Stunden nach dem Tod werden die Kapillarwände permeabel. Blutkörperchen und Serum treten in das umgebende Gewebe aus. Zwar sind die Totenflecke auch jetzt noch wegdrückbar, jedoch ist ein größerer Druck auszuüben.

wegdrückbarkeit der Totenflecke:

Innerhalb der ersten 6 Stunden vollständig auf leichten Druck,
nach 12 - 24 Stunden vollständig nur auf kräftigen Druck,
nach 24 Stunden nur noch unvollständig wegdrückbar.¹⁷⁾

Die Intensität und die Farbe der Totenflecke kann verschieden sein. Während sie normalerweise dunkel- bis graurot sind, zeigen Leichen, die längere Zeit der Kälte ausgesetzt waren, eine hellrote Verfärbung (ebenfalls hellrote Totenflecke bei einer Kohlenoxydvergiftung). Methämoglobinbildende Gifte weisen dagegen eine braungraue Totenfleckfarbe auf.

Bei Menschen, die verblutet sind, sind die Totenflecke vermindert und nur schwach gefärbt (bedingt durch die geringere Blutmenge); im Gegensatz dazu sind sie beim Erstickten außerordentlich intensiv ausgebildet.¹⁸⁾

2.3.2. Totenstarre (Rigor mortis)

Die echte Totenstarre gehört ebenfalls zu den sicheren Todeszeichen; sie wird durch eine postmortale Kontraktion der glatten und quergestreiften Muskulatur verursacht. Schwerd¹⁹⁾ weist auf zwei wichtige Täuschungsmöglichkeiten hin, dies sind:

- 1.) die Kältestarre²⁰⁾ und
- 2.) die Starre bei extremen Wasserverlust

17) Berg, Steffen P., Tod und Leichenerscheinungen, in: Grundriß der Rechtsmedizin, Verlag von Rudolph Müller & Steinicke, München, 11. Aufl. (1976), S. 131 ff.

18) Prokop, O., Sichere Zeichen des Todes, in: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin (1960), 5. Kapitel, S. 26 ff.

19) Schwerd, W., Forensische Thanatologie, in: Rechtsmedizin, Hrsg.: W. Schwerd u. a., Deutscher Ärzte-Verlag, 2. Aufl., (1976), S. 184

20) siehe Fall 3.1.9

Die Totenstarre beginnt etwa zwei Stunden nach dem Tode und ist nach zwei bis zwölf Stunden voll ausgeprägt. Normalerweise beginnt sie im Kiefergelenk und schreitet nach distal fort.

Eine Brechung der Totenstarre durch aktive Beugung in den Gelenken ist nur innerhalb der ersten sieben bis acht Stunden p. m. möglich. Nach einer Zeitspanne von 48 bis 60 Stunden löst sich die Totenstarre, sie kann jedoch an manchen Stellen noch Wochen bestehen bleiben.

2.3.2.1. Kataleptische Totenstarre

Unter kataleptischer Totenstarre versteht Lochte²¹⁾ "die Fortsetzung einer während des Lebens eingetretenen Kontraktion der Muskeln über den Tod hinaus bis zum Eintritt der Totenstarre". Vor allem während den Kriegen gab es mehrere Beobachtungen einer Katalepsie. Als Ursache werden schwere Schußverletzungen des Zentralnervensystems - hier besonders in der hinteren Schädelgrube - angenommen.

Seydel²²⁾ berichtet über eine Reihe von Fällen, die er teils selbst gesehen hat, teils aus - wie er sagt - zuverlässiger Quelle stammen.

2.3.2.2. Vorgetäuschte kataleptische Totenstarre

Abzugrenzen von der echten Katalepsie sind die wohl zahlreicheren Fälle der vorgetäuschten kataleptischen Totenstarre. Wird z. B. ein im Anschlag liegender Soldat durch einen Kopfschuß sehr schnell getötet, so kann er in dieser Stellung erstarren, ohne daß irgendeine Lageveränderung eintritt.

21) Lochte, Th., Ein Fall von absichtlich vorgetäuschter kataleptischer Totenstarre, in: Deutsche Zeitschrift der gesamten gerichtlichen Medizin, Bd. 1 (1922), S. 103-114

22) Seydel, C. Ueber kataleptische Todtenstarre, in: Vierteljahresschrift für gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitätswesen, Neue Folge, Bd. 50, Berlin (1889), S.

2.3.3. Leichenkälte

Mit dem Aufhören der Stoffwechselvorgänge beginnt die Körpertemperatur - abhängig von verschiedenen Faktoren wie:

- Umgebungstemperatur
- Standort (im Freien, im Raum)
- Wetter (Wind, Sonne)
- Lage im Wasser
- Fettpolster der Leiche
- Bekleidung, Bettdecke etc.

zu sinken. Der Temperaturverlust wird pro Stunde (bei rectaler Messung) mit 1°C angenommen. Schwankungen von $0,5^{\circ}\text{C}$ bis $1,5^{\circ}\text{C}$ sind jedoch normal

2.3.4. Autolyse und Fäulnis

Unter Autolyse versteht man die Zersetzung durch körpereigene Stoffe. So findet sich regelmäßig p. m. eine Andauung der Magenschleimhaut durch Pepsin, da die schützenden Faktoren fehlen.

Die Fäulnis wird durch Bakterien verursacht, die vorwiegend aus dem Darm stammen. Sie breiten sich vor allem auf dem Blutweg aus und verursachen - als sichtbaren Ausdruck der Fäulnisvorgänge - das sogenannte Durchschlagen der Venennetze. Als erstes Anzeichen findet man eine grünlich-schwärzliche Verfärbung der Haut, die dunkelrot und dunkelgrün bis schwarz werden kann.

3. Sarggeburt

Bei einer Sarggeburt findet eine Fruchtaustreibung bei einer toten Frau infolge von Fäulnisgasdruck statt.

3.1. Sarggeburt bei einer Bauersfrau (1851)²³⁾

Bei einer Bauersfrau, die bereits mehrere Kinder ohne Komplikationen geboren hatte, begannen in der Nacht vom 15. zum 16. Dezember 1851 die Wehen, Fruchtwasser ging ab, der Muttermund aber war noch wenig geöffnet. Obwohl im Laufe des darauffolgenden Tages die Wehen stärker wurden, ging die Geburt nicht voran. Um 8.00 Uhr abends war die Kreissende gestorben, ohne vorher vom Kind entbunden worden zu sein.

24 Stunden später hatte der bei der Verstorbenen Wache haltende Ehemann einen Knall gehört. Beim Nachsehen fand er den Kopf eines Kindes zwischen den Schenkeln der Toten, der Bauch war jetzt eingefallen.

3.2. Sarggeburt im Bett (1965)²⁴⁾

Vor ca. 15 Jahren geschah folgender Fall in der Schweiz:

Eine Arzthelferin, die Selbstmord verübte, wurde drei Tage nach ihrem Tode, am 10.8.65, wie folgt aufgefunden:

Die Leiche zeigte bereits hochgradige Fäulniserscheinungen und war stark aufgedunsen.

"Am Gesäß der Leiche lag - wie angewachsen - die teils vom Jupe (schweiz. Ausdruck für Frauenrock) faltenlos überdeckte pralle Fruchtblase, durch die Teile einer ebenfalls hochgradig zersetzten Kindesleiche sichtbar waren."

Normalerweise treten solche massenhaften Gasansammlungen erst im Erdgrab in Erscheinung; Fälle hierzu wurden in der medizinischen Fachliteratur wiederholt beschrieben.

23) Löscher, Geburt nach dem Tode, in: Vierteljahresschrift für gerichtliche und öffentliche Medizin, Bd. 14, Berlin (1858), S. 170 - 172

s. auch Frentrop, Auch eine Geburt nach dem Tode, aaO., S. 345 - 347

24) Ebnöther, K., "Sarggeburt" im Bett, in: Kriminalistik 20, (1966), S. 92 - 94

2. Hauptteil: Fallbeschreibungen

=====

2.1. Historische Fälle von Scheintoten

Obwohl in der Mehrzahl arme Leute der Gefahr ausgesetzt waren, durch Unwissenheit und Nachlässigkeit scheinotod begraben zu werden, blieben auch Geistliche und sogar Kaiser und Könige nicht verschont. So berichtet die Geschichte über

2.1.1. Kaiser Zeno²⁵⁾

"Es ist gewiß, daß Zeno in einem Anfall von der fallenden Sucht, der so stark war, daß man ihn für todt hielt, lebendig ist begraben worden. Die Kaiserinn, und deren Hofbediente, die nur für sich selbst sorgten, ließen ihn auf ein Bret legen, und bey Anbruch des Tages warf ihm jemand, ohne daß es nöthig gewesen wäre, liederlicher Weise ein Schnupftuch auf das Gesicht. Die Wachen, welche man zu dem Grabe gestellet hatte, in welches man ihn geleyet hatte, haben gemeldet, sie hätten zwe Nächte hinter einander eine aus dem Grabe kommende klägliche Stimme gehöret: erbarmet euch meiner, helfet mir heraus! und als man ihm geantwortet, daß ein anderer auf den Thron gestiegen sey: so habe er versetzt, was geht das mich an: man mag mich in ein Kloster stecken! Dem ohngeachtet kam man ihm nicht zu Hülfe, und man erzählet, man habe einige Zeit hernach bey geschעהener Eröffnung des Grabes gefunden, daß Zeno aus Hunger seine Arme, ja sogar auch seine Schuhe angefressen habe. Es hatte sich aber die Kaiserinn Ariadna die Wissenschaft, welche sie von den Anfällen der fallenden Sucht hatte, mit der Zeno beladen war, mit Fleiß zu Nutzen gemacht, um ihn als todt begraben zu lassen, weswegen sie auch verboten hatte, ihm aus dem Grabe zu helfen. Also ward

25) Bruhier, J. J., Abhandlungen von der Ungewißheit der Kennzeichen des Todes, und dem Misbrauche, der mit übereilten Beerdigungen und Einbalsamierungen vorgeht, aus dem Französischen Übersetzt und mit Anmerkungen und Zusätzen vermehret, herausgegeben von D. Johann Gottfried Jancke, Leipzig und Coppenhagen (1754), S. 18/19

Zeno, der, entweder weil er zu viel getrunken und gegessen hatte, oder durch die Heftigkeit seiner Krankheit, in eine starke Ohnmacht gefallen war, wegen des von der Kaiserinn wider ihn gefassten Hasses begraben, und seines Rufens ohngeachtet, hilflos in dem Grabe gelassen, bis er todt war. Dieß ist die Historie von seinem erbärmlichen Ende, wenn man dem Zonaras glaubet."

Unabhängig davon, ob dieser Bericht wirklich in seinen Einzelheiten den Tatsachen entspricht, wird man in Frage stellen müssen, ob hier ein echter Scheintod vorlag oder ob es sich nicht vielmehr um eine "vorzeitige Beerdigung" gehandelt hat.

2.1.2. König Ludwig IX. (Ludwig der Heilige) ²⁶⁾

1244 erkrankte der damals 29-jährige König Ludwig IX. an der Ruhr. Durch die mit schweren Durchfällen einhergehende Krankheit wurde er so geschwächt, daß er bald kein Lebenszeichen mehr von sich gab und ihn seine Ärzte für tot hielten.

Während der Totenmesse gab nun der "Leichnam" plötzlich wieder Lebenszeichen von sich. Ludwig IX. erholte sich wieder und lebte noch bis 1270. Als Dank für seine Rettung unternahm er von 1248 bis 1254 einen Kreuzzug gegen Ägypten und 1270 einen gegen Tunesien.

2.1.3. Scheintod eines Edelmannes zur Zeit Vesalius ²⁷⁾

Andreas Vesalius war Leibarzt des Kaisers Carl V. und seines

26) Das moderne Lexikon, Hrsg.: Lexikon-Institut Bertelsmann, Bd. 11, S. 274

27) Bruhier, aaO., S. 210

Johannes Phillip II., Königs in Spanien, also ein für die damalige Zeit höchst ehrenwerter und angesehener Arzt.

Vesalius wollte den Leichnam eines "verstorbenen" spanischen Edelmannes eröffnen, wie es in der damaligen Zeit üblich war.

"Er hatte aber nicht so bald das Messer in den Leib gestoßen, als er daran Kennzeichen des Lebens wahrnahm, und bey Eröffnung der Brust das Herz schlagen sahe."

Als die Verwandten des nun wirklich Verstorbenen zufällig davon erfuhren, klagten sie Vesalius als Mörder an und nannten ihn als einen "gottvergessenen Menschen" der Inquisition.

Nur auf Fürsprache des Königs von Spanien entging Vesalius der Inquisition unter der Bedingung, daß er seine Tat durch eine Reise in das gelobte Land büße. Dieses Ziel hat er jedoch nicht mehr erreicht; auf der Überfahrt geriet sein Schiff in einen Sturm und wurde nach der Insel Zantes verschlagen, wo Vesalius im Jahre 1564 verstarb.

2.2. Der Scheintod im 18. und 19. Jahrhundert

Brühler bringt in seinem Werk wohl die umfassendste Aufzählung von Berichten über Scheintote. Er schreibt von Fällen der Erstickung, des Schlagflusses, von der Mutterbeschwerung, von den Wirkungen des Fällens und Mittel dagegen, von der Wirkung des Blitzschlages, von der "fallenden Sucht", von der Pest und von Ertrunkenen.

Die Sorglosigkeit, mit der man umging, erschreckt und ist - wie z. B. bei der vorzeitigen Toderklärung von Pestkranken -, deren Ansteckung man mit Recht fürchtete, auch verständlich. So wie die den Kranken oder Verunglückten betreuenden Ärzte und nahestehenden Personen keinen Atemzug und keinen Pulsschlag mehr wahrnahmen, nannten sie denselben tot. So geschah es auch, daß nicht nur wirklich Tote, sondern auch Schwerkranke und tief Bewußtlose beerdigt wurden und mitunter im Grabe noch einmal zu sich kamen, um in einem schrecklichen Todeskampf zu sterben.

Die Angst, scheinotot begraben zu werden, war folglich in jener Zeit besonders groß. Nachfolgende Begebenheiten, von denen gewiß nicht jede einer eingehenden fachlichen Überprüfung stand halten würde, geben einen tiefen Einblick in die damalige Situation, dies besonders auch durch die sprachliche Eindringlichkeit von Bruhiers Berichten.

"Es sind einige Jahre, saget Misson an dem oben angeführten Orte, da die Frau eines Goldschmieds zu Poitiers, der Merwache hieß, mit etlichen goldenen Ringen so, wie sie es nämlich auf ihrem Todbette noch verlangt hatte, begraben wurde. Ein armer Mann aus der Nachbarschaft, der dieses gehöret hatte, grub den Körper in der folgenden Nacht aus, um die Ringe zu stehlen. Weil aber diese Ringe nicht anders, als mit Gewalt konnten abgezogen werden: so erweckte der Dieb die Frau, indem er sie wegreissen wollte. Sie redete, und beklagte sich, daß man ihr wehe thäte. Der Mann erschrak, und nahm die Flucht; die Frau aber, die von ihrem Anfall vom Schlage wieder zu sich selbst gekommen war, machte sich aus ihrem zu gutem Glück offen gebliebenen Sarge heraus, und kam wieder nach Hause. In wenig Tagen ward sie vollkommen wieder gesund, und hat nach der Zeit noch viele Jahre gelebet, auch noch verschiedene Kinder gezeuget, von denen einige noch heutiges Tages leben, und zu Poitiers die Handthierung ihres Vaters treiben." 28)

Schon damals schrieb Simon Goularr 29) in seinen "Histoires memorables et admirables":

"An der Pest, oder durch andere gewaltsame und schleunige Zufälle verstorbene Leute müssen nicht so geschwinde begraben werden, als man an verschiedenen Orten thut."

An anderer Stelle heißt es, daß sich die schleunige Beerdigung solcher Leute verbietet, "die an der Schlafsucht, an einem Schlagfluß, oder an der Mutterwürgung gestorben sind."

28) Bruhier, aaO., S. 48/49

29) Bruhier, aaO., S. 49

... "Derohalben muß denenjenigen, die mit Einkleidung und Beerdigung der Todten zu thun haben, verboten werden, diejenigen Leute, die sie für todt halten, und sonderlich die vom Schlage gerührte, mit der Schlafsucht befallene und andere dergleichen Personen, schleunig in die Särge zu legen und fortzutragen;" ...

"Elisabeth Potiers, aus dem St. Lorenzkirchspiele zu Rouen, ward bey ihrer Durchreise durch Lizieux, da sie fünf und zwanzig Jahr alt war, daselbst krank, und zwölf Stunden lang für todt gehalten. Weil aber der Priester, der bey ihr war, gesehen hatte, daß sie den Arm bewegt hatte, so meldete er solches. Man gab ihr dienliche Arzneymittel ein, durch die sie wieder zu sich selbst kam, und sich sehr verwunderte, wie sie ihren Sarg in ihrer Kammer stehen sahe. Sie ist nach der Zeit an einen Buchhändler zu Rouen, mit Namen Gueury verheirathet worden, und im Jahr 1741 in einem Alter von fünf und sechzig Jahren gestorben. Sie befahl ihrem Sohne, der ein Priester war, und zu St. Lorenz wohnte, er sollte sie acht und vierzig Stunden liegen lassen, ehe er sie begraben ließe, welches auch würde geschehen seyn, wenn sie die Fäulung nicht offenbar gezeiget hätte." 30)

In diesem Fall wird - wie in vielen Fällen von Bruhier, nicht erwähnt, um welche Krankheit es sich handelte und ob ein Arzt oder doch medizinisch kundiger den Tod festgestellt hat.

"Burgund, und insonderheit die Stadt Dijon, ward im Jahr 1558 von einer so grausam wütenden Pest verheeret, daß man nicht Zeit genug hatte, für einen jeden Todten ein besonderes Grab zu machen. Man machte daher sehr geraume Gruben, die man mit Leichen anfüllte. Frau Nicola Lentillet hatte mit andern ein gleiches Schicksal, und fiel nach

30) Bruhier, aaO., S. 98

einer Krankheit von etlichen Tagen in eine so heftige Ohnmacht, daß sie für todt gehalten, und in ein gemeinschaftliches Grab gelegt ward. An dem Morgen des anderen Tages nach ihrer Beerdigung kam sie wieder zu sich selbst, und bemühte sich heraus zu kommen. Allein ihre Schwachheit, und die Last der Körper, mit denen sie bedeckt war, verhinderte sie daran. In diesem erschrecklichen Zustande blieb sie vier Tage lang, bis sie endlich die Todtengräber, die dahin kamen, um andere Leichen in das Grab zu legen, von den Todten losmachten, und sie wieder nach Hause trugen, wo sie vollkommen wieder gesund ward." 31)

Dies wird Bruhier von einem Doctor Crafft berichtet, so daß an den Tatsachen nicht so sehr gezweifelt werden kann. Der Umstand, daß die Frau in ein großes Gemeinschaftsgrab gelegt wurde, das öfters Neuzugänge bekam, rettete ihr wahrscheinlich das Leben, denn es ist fraglich, ob sie sich auch aus einem Erdgrab heraus hätte bemerkbar machen können.

Den nächsten Fall hat ein Herr Sauvages, königlicher Professor an der medizinischen Universität zu Montpellier und Mitglied der königlichen Akademie der Wissenschaften Bruhier schriftlich mitgeteilt:

"Ich könnte noch hinzu setzen, daß zu Alais die Tochter eines Schusters, Namens Bassinet, die im neunten Jahre ihres Alters etliche Stunden lang in einem Ziehbrunnen gesteckt hatte, in welchem sie umgekommen war, und aus dem sie ohne das geringste Zeichen des Lebens, und eiskalt heraus gezogen ward, nach Ablauf einer Zeit von zehn Stunden, von dem berühmten Arzte dieser Stadt, dem Herrn Gibert, so glücklich ist curiret worden, daß sie davon gekommen ist, und noch viele Jahre nach diesem Zufalle gelebet hat. Ich habe es vergessen, unserem Verstorbenen Freunde dem Herrn Guisard diese Ob-

31) Bruhier, aaO., S. 110/111

servation zu geben. Man hat noch viele Traditionen von dergleichen Begebenheiten, die man aber heutiges Tages kaum mehr glaubet; weil das, was wahr ist, manchmal den Leuten nicht einmal als wahrscheinlich vorkommt. Es ist also nothwendig, daß man die Umstände solcher Auferstehungen genau bestimme, von denen ich übrigens bey Thieren viel Exempel gesehen habe." 32)

Bruhier schreibt in seinem IV. Kapitel "Von den Weibern die mit schwangern Leibe sterben, und von den Kindern die bey ihrer Geburt für todt gehalten werden".

Die Forderungen, daß bei Frauen, die vor der Geburt ihres Kindes sterben, der Kaiserschnitt gemacht wird, weil es ein Irrtum ist, daß die Kinder ihre Mütter nicht überleben, wenn sie kurz vor der Geburt sterben, und scheinbar tot zur Welt kommenden Kindern zu Hilfe zu kommen, sind inzwischen selbstverständlich geworden.

Folgender Fall wird von Caspar a Reies berichtet:

"Eine Frau zu Madrid aus dem vornehmen Geschlechte von Lasso, ward nach einem dreytägigen Todeskampfe für todt gehalten und in das Begräbniß ihrer Familie gelegt. Als nun solches etliche Monate hernach geöffnet ward: so fand man die Leiche mit einem Kind welches sie in dem Arme hielt. Denn, setzet der Verfasser hinzu, die Frau war schwanger, und hatte nicht lange mehr zu gehen, als sie für todt begraben ward." 33)

Wenn es stimmt, daß die Frau mit einem Kind im Arm etliche Monate später gefunden wurde, so kann man annehmen, daß sie lebendig - zwar tief bewußtlos - begraben wurde und im Grab - vielleicht durch die Wehen - noch einmal zu sich gekommen ist. A Reies folgert daraus, "daß man mit der Beerdigung der in diesem Zustande befindlichen Weiber nicht eilen,

32) Bruhier, aaO., S. 160/161

33) Bruhier, aaO., S. 627

noch dabey leichtsinnig seyn muß." Allerdings gesteht er, daß er nicht genau weiß, ob die in den angeführten Fällen³⁴⁾ erwähnten Frauen zur Zeit ihrer Beerdigung tot oder lebendig waren.

Von einem Kind, das nach dem Tod der Mutter geboren wurde und am Leben blieb, berichtet folgender Fall:

"Die Gemahlinn des Franz Arevalos de Suasso ward in dieser Stadt in den letzten Monaten ihrer Schwangerschaft krank. Weil sie nun nach Ablauf weniger Tage starb, oder doch für todt gehalten ward: so beerdigte man sie. Der Mann den man von einem entfernten Orte, an den er seiner Geschäfte wegen gereiset war, eilfertig hatte holen lassen, kam gegen Mitternacht an. Wie er nun vernahm daß seine Frau, die er sehr lieb hatte, gestorben und begraben sey: so wollte er sich das Vergnügen verschaffen sie noch einmal zu sehen. Er ging daher in die Kirche, und ließ sie ausgraben. Kaum aber hatte man den Sarg eröffnet, so hörte man ein Kind schreyen.

Jedermann verwunderte sich darüber unheimlich; man erforderte die Gerichten; die Priester und viele andere Leute nahmen Fackeln, und begleiteten den Mann; man machte das Leichentuch auf, und sahe den Kopf des Kindes erscheinen, welches sich Mühe gab den Überrest seines Körpers frey zu bekommen. Man zog darauf solches nicht allein lebendig und gesund heraus, sondern es hat auch nach der Zeit noch lange gelebet, und den Zunamen des Sohns der Erden erhalten, den die ganze Welt ihm einstimmig beylegte. Der Spanier setzte eidlich hinzu, er habe ihn nach der Zeit als Generallieutenant der Gränzstadt Cherez gesehen."³⁵⁾

34) Bruhier, aaO., S. 626 ff., A Reies, S. 628/629

35) die Stadt hieß Segovien; -
Bruhier, aaO., S. 627

Es war jedoch nicht nur Bruhier, der das Thema "Scheintod" aufgriff. So setzte sich Kite³⁶⁾, der Mitglied der Gesellschaft der Wundärzte zu London war, in seinem Buch auch mit den verschiedenen Todesarten (Ertrinken, Ohnmacht, Erdrösseln und Erhängen, Blitzschlag, schädliche Dünste) auseinander, bei denen der Verletzte unter Umständen nicht tot, sondern nur scheintot sein konnte. Unter anderem berichtet er über eine Anzahl von Fällen, bei denen die Kinder - durch Kaiserschnitt entbunden - den Tod der Mutter überlebt haben.

Kite berichtet auch über Verordnungen, die schon damals erlassen wurden und demjenigen eine Belohnung versprachen, der einen für tot erklärten Menschen durch seine Bemühungen (z.B. Wiederbelebung bei Ertrunkenen) wieder zum Leben erwecken konnte. Wenn die Anstrengungen erfolglos blieben, so wurde nur ein Teilbetrag ausbezahlt.

Dr. Zeissing³⁷⁾ greift 1858 den Satz an: "Ohne Atmen Neugeborener kein Leben". Normalerweise atmet und schreit das Neugeborene. Ist das nicht der Fall, so kann das Kind tot oder scheintot sein, denn auch das scheintote Kind bewegt sich nicht und sein Blutkreislauf ist bis auf wenige Herzschläge nicht vorhanden.

Im "Journal de Médecine de Lyon" veröffentlicht G. Morin³⁸⁾ 1927 einen Artikel über Dr. Veyne, der 1812 bis 1875 gelebt hat. Veyne nahm viele Untersuchungen an Leuten vor, die un-

36) Kite, Ch., Über die Wiederherstellung scheinbar tochter Menschen und die Erhaltung der aus verstorbenen Müttern lebendig genommenen Kinder, Leipzig (1790)

37) Zeissing, In der Theorie: ohne Athmen Neugeborener dennoch Leben, in der Praxis: ohne Athmen Neugeborener kein Leben, in: Vierteljahresschrift für gerichtl. und öffentliche Medicin, Bd. 13, Berlin (1858), S. 330 ff.

38) Morin, G., A propos du diagnostic de la mort réelle; Un point d'histoire oublié: Les travaux médico-légaux du Docteur Veyne, ami de Sainte-Beuve, sur l'artériotomie pour distinguer mort apparente et mort réelle (1868)

erwartet versterben. Er kam dabei etwa um 1850 zu dem Ergebnis, daß man ganz genau untersuchen kann, ob jemand tot oder scheintot ist:

- 1.) Der Kreislauf hört mit dem Leben auf.
- 2.) Die Arterien sind nach dem Tod blutleer.

Daraus folgte er: Ist kein Kreislauf mehr vorhanden und sind die Arterien blutleer, so ist die betreffende Person tot. -

Ist dagegen noch ein Kreislauf vorhanden und sind die Arterien bei der Arteriotomie voller Blut, so handelt es sich um einen Scheintoten.

Dr. Veyne gibt an, daß ihm während seiner Praxis **k e i n** Fall von Scheintod untergekommen ist; alle von ihm untersuchten Personen seien wirklich tot gewesen. Seine Arbeiten haben heute jedoch keine Bedeutung mehr.

Morin zitiert noch Fälle, so den des Abtes Prévost, der unter dem Skalpell des Arztes, der ihn autopsierte, wieder aufgewacht ist.

Ferner den am 2.2.1868 in der Zeitung "Gazette Médicale de Lyon" veröffentlichten Fall, der im Jahre 1865 geschah:

Ein Mann, den man bewußtlos auf der Straße aufgefunden hatte, wurde in eine Apotheke in Lyon gebracht.

Der Oberarzt des Hospitals, der zugleich Mitglied der "Société Impériale de Médecine" war, konnte bei seinem Eintreffen nur noch den Tod des Mannes feststellen.

Wie berichtet, kam dieser Mann vier Tage später in die Praxis des Arztes, den Totenschein in der Hand, und wollte für die Behandlung bezahlen.

Die auf den letzten Seiten aufgeführten Fälle stellen nur eine kleine Auswahl dar aus der Vielzahl von ähnlichen Vorfällen. Allein Bruhier berichtet über eine Anzahl, die weit über Hundert hinausgeht. Wieviel es in Wirklichkeit waren, darüber kann man nur noch Vermutungen anstellen.

2.3. Der Scheintod im 20. Jahrhundert

Im Rahmen dieser Arbeit ist jedoch von größerem Interesse, wie sich das Problem "Scheintod" bzw. die Furcht davor, scheintot begraben zu werden, heute - im 20. Jahrhundert - darstellt.

Daß diese Furcht auch heute noch in manchem von uns wurzelt, zeigt die Petition von J. J. B., ³⁹⁾ gerichtet an den Präsidenten des Landtags in Nordrhein-Westfalen. Der Petent bezieht sich dabei auf einen Zeitungsbericht vom 4. Aug. 1971, der unter dem Titel "erst scheintot, dann bewußtlos" Schlagzeilen machte. Dieser Mann nannte die Gesetzgebung verantwortlich, welche es bisher unterlassen hätte, ein Gesetz zur einwandfreien Todesfeststellung zu beschließen. Dabei fordert J. J. B. wörtlich: "Der Menschheit muß endlich die Angst und das Grauen vor dem Lebendigbegrabenwerden genommen werden."

Versuche bzw. Ansätze hierzu wurden auch früher schon unternommen, so rief der königlich bayrische Appellationsrat Johann Baptist Schmidt im Jahre 1871 in Passau eine Stiftung ins Leben, die Totengräbern oder Leichenwärtern eine Prämie versprach, wenn sie einen Scheintoten vor dem Sarg retten würden. Diese Stiftung gibt es auch heute noch, und zwar beträgt die Prämie derzeit DM 240,--!

39) J. J. B. (Name der Verf. bekannt), Aachen, Petition vom 10. Aug. 1971;

ferner: Schreiben an den Präsidenten des Landtags vom 4. Juni 1973

Um der heutigen Situation gerecht zu werden, sollen im folgenden zunächst einmal Fälle der letzten achtzig Jahre aufgeführt werden. Hinsichtlich der Glaubwürdigkeit scheint es jedoch ratsam, in Berichte aus der Laienpresse und Berichte aus der Fachliteratur zu trennen.

2.3.1. Berichte aus der Laienpresse

Durch Schlagzeilen wie: "Der Scheintod - ein uralter Alptraum der Menschheit! Alarmanlagen in Familiengruften" - "Drei Tage als Toter im Kühlraum" - "Ein Mann floh vom Seziertisch" - "Beerdigung abgesagt, die Leiche frühstückte" - "Transplant donor was still alive" - wurde in den letzten Jahren immer wieder die Bevölkerung aufgeschreckt. Dabei wurde mit der Sensationslust der meisten Leser dieser Zeitungen kalkuliert und auf eine sachliche Berichterstattung verzichtet. So wird auch oft das Wort "Scheintod" gebraucht, wo der Begriff der Wiederbelebung der Sache gerechter käme.

Hier mehrere Fälle dazu:

(1) Angelo Hays, 1937 40)

Im Herbst 1937 hatte Hays mit seinem Motorrad einen Unfall. In einer Öllache rutschte ihm die Maschine weg; Hays flog ein paar Meter durch die Luft und schlug mit dem Kopf gegen eine Mauer.

Für den herbeigerufenen Landarzt ergab sich folgender Zustand:

Starre, weit geöffnete Pupillen, Atmung und Herztöne konnte er nicht mehr feststellen. Folglich stellte der Arzt den Totenschein aus, da für ihn die Situation eindeutig, nach seiner Meinung Hays also tot war.

40) Lempke, K., Ein Sarg zum Überleben, Stern Nr. 13 vom 22. März 1979

Hays lag bereits zwei Tage lang im verschlossenen Sarg aufgebahrt, als sein Onkel den "Toten" noch einmal sehen wollte. Der Sargdeckel wurde abgeschraubt und sein Onkel ergriff seine Hände, wobei er feststellte, daß diese noch warm sind.

Angelo Hays überlebte seine schweren Kopfverletzungen. Sein Kreislauf und seine Atmung waren auf ein Minimum reduziert gewesen, so daß ihm der Sauerstoff im Sarg ausreichte, um am Leben zu bleiben.

(2) Jacky C. Bayne, 1967 41)

Bayne, ein amerikanischer Soldat in Vietnam, trat am 16. Juli 1967 bei Chulai auf eine Mine. Im Lazarett begannen die Ärzte mit Herzmassage und künstlicher Beatmung. Nach 45 Minuten, als sich noch immer kein Erfolg verzeichnen ließ, gaben sie auf.

Status: Puls und Atmung negativ, der Elektrokardiograph zeigte keinen Ausschlag.

Für die Überführung des "Leichnams" in die USA sollte er einbalsamiert werden. Als zu diesem Zweck eine Arterie am Schenkel des "Toten" aufgeschnitten wurde, um ein Konservierungsmittel einzuspritzen, spürte der Einbalsamierer schwache Pulsschläge.

Drei Wochen lag Bayne noch in tiefer Bewußtlosigkeit, bevor er nach mehreren Blutübertragungen das Bewußtsein wieder erlangte.

Normalerweise übersteht das Gehirn eine komplette Unterbrechung der Sauerstoffzufuhr - wie es z. B. beim Herzstillstand der Fall ist - nicht länger als ca. 6 Minuten, ohne daß schwere Schäden bleiben. Schon bei 5 % Restzirkulation jedoch verlängert sich diese Zeitspanne auf 8 - 12 Minuten.⁴²⁾ Man muß also bei Bayne davon ausgehen, daß noch

41) Der Spiegel, Nr. 48, 20. Nov. 1967

42) Eder, M. und Gedigk P., Lehrbuch der Allgemeinen Pathologie und der Pathologischen Anatomie, 30. Aufl., Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, (1977), S. 464/465

eine Restzirkulation vorhanden war, denn er zeigte nach dem Erwachen aus der Bewußtlosigkeit nur geringe Bewußtseinsstörungen und eine leichte Sprachstörung. Immerhin lag Bayne, nachdem die Ärzte nach 45 Minuten die Wiederbelebungsversuche aufgegeben hatten, weil nach ihrer Meinung der Tod irreversibel eingetreten war, mit Sicherheit noch mehrere Stunden in der Leichenhalle, bis der Wärter, der die Einbalsamierung vornehmen sollte, die schwachen Lebenszeichen bemerkte.

(3) Josef Ramosch, 1969 ⁴³⁾

Ramosch war durch einen Schlaganfall gelähmt und lag in der Grazer Universitätsklinik. Am 2. Aug. 1969 verschlechterte sich sein Zustand. Der diensthabende Arzt leuchtete ihm ins Auge und klopfte ihm mit den Fingern auf die Wangen, dann erklärte er: "Da ist nichts mehr zu machen, Schwester, der ist schon weit hinüber." Daraufhin wurden die Infusionsflaschen abgehängt.

Nachdem ein Wochenende bevorstand, blieb Ramosch noch auf der Station liegen. Als am Montag früh ein Pfleger kam, sah er, daß Ramosch den Mittelfinger der linken Hand bewegte. Der daraufhin verständigte Arzt meinte, dies seien nur postmortale Zuckungen. Wieder versuchte Ramosch, seinen Finger zu bewegen. Erst nachdem der Stationsarzt Ramosch aufforderte, ein Zeichen zu geben, wenn er ihn hören könne, und Ramosch beim fünften Versuch auch wirklich einen Finger bewegte, wurde er unter ein Sauerstoffzelt gebracht. Ramosch verbrachte noch 20 Tage auf der Intensivstation - er überlebte seinen Schlaganfall.

Aus anderer Quelle⁴⁴⁾ ist noch zu erfahren, daß ein EKG angelegt worden sei, das jedoch keinen Herzschlag mehr registriert habe.

43) Stern Nr. 13, v. 22. März 1979

44) Boetzke, E. E., Scheintot begraben, Verlag R. S. Schulz, S. 31 ff.

Ursache des im Bereich einer umschriebenen Gehirnregion vorhandenen Sauerstoffmangels und der damit einhergehenden Kreislaufstörung sind

- in 17,8 % eine Massenblutung,
- in 74,6 % ein Hirninfarkt und
- in 7,6 % eine flüchtige Ischämie. 45)

Vom Sitz der Schädigung abhängig, können folgende Symptome auftreten: Akuter Beginn mit Bewußtlosigkeit; zunächst eine schlaffe Lähmung, die in eine spastische Lähmung übergeht; zentrale Fazialislähmung; Stuhl- und Harninkontinenz; der Bauchdeckenreflex ist häufig abgeschwächt oder aufgehoben; die Sehnenreflexe fehlen anfangs und sind später oftmals gesteigert; außerdem treten pathologische Reflexe, wie z. B. positiver Babinski-Reflex, auf; die Pupillen verhalten sich nicht gesetzmäßig, häufig sind sie ungleich, die Lichtreaktion ist abgeschwächt.

Im Fall von Josef Ramosch ist es möglich, daß ein Hirnödem auf das Atemzentrum und die Sehrinde im Gehirn drückte und deren Funktion blockierte, während das Hören nicht beeinträchtigt wurde. Aufgrund der minimalen Kreislauffunktion, die zwar noch vorhanden, jedoch von den behandelnden Ärzten nicht mehr wahrgenommen wurde, fühlte sich Ramosch wie ein Toter - so kalt und starr - an.

Hier ein anderer Fall, der 1965 passierte: 46)

- (4) Eine 71-jährige Frau versuchte, sich mit Schlaftabletten zu vergiften. Ihr Mann

45) Schettler, G., Innere Medizin, Georg Thieme Verlag, Stuttgart (1976), S. 218 ff.

46) Stern Nr. 13 vom 22. März 1979 (um welche Schlaftabletten es sich hier handelte, war nicht angegeben)

fand sie am Abend, als er von der Arbeit nach Hause kam, bewußtlos vor und ließ sie mit dem Krankenwagen in die Hamburger Universitätsklinik bringen.

Der Aufnahmearzt der Chirurgie stellte folgendes fest:

Die Frau sah grau aus und fühlte sich kalt an. "Ich habe ihr noch ins Auge geleuchtet, da war kein Reflex mehr, ich würde schwören, daß sie tot war."

Die Frau wurde an den gerichtsärztlichen Dienst weitergeschickt. Ein Medizinstudent, der die "Leiche" in die Kühlzelle schieben wollte, bemerkte, daß sie noch lebte. Er begann mit der externen Herzmassage. Die Feuerwehr fuhr die Frau wieder zurück in die chirurgische Ambulanz. Nach sechs Wochen konnte sie die Klinik wieder verlassen.

Auch dieser Arzt der Chirurgie machte den Fehler, diese Frau nicht genau zu untersuchen bzw. wartete er nicht lange genug, um wenigstens ein sicheres Todeszeichen festzustellen.

Gegner des neuen Bestattungsgesetzes, in dem auch die Leichenschau geregelt wird, fordern wieder amtlich bestellte Ärzte, denen die Leichenschau hauptberuflich übertragen wird bzw. die in einem zu bestimmenden größeren Kreis alle Leichenschauen übernehmen sollen. Der größte Einwand gegen die neue Regelung ist ja der, daß jeder Arzt, also auch jeder Dermatologe, Gynäkologe oder Kinderarzt verpflichtet ist, auf Anforderung eine Leichenschau vorzunehmen und den Totenschein auszustellen, ohne daß er das dafür erforderliche Fachwissen oder eine größere Erfahrung aufweisen kann.

So würde es auch Mallach ⁴⁷⁾ begrüßen, daß wieder "Spezialisten" mit der Leichenschau beauftragt werden, so wie es in den meisten Bundesländern vor 1970 der Fall war.

47) Mallach, H., J., Scheintod
Der Spiegel Nr. 51, vom 12. Dez. 1977

Folgender Fall, der 1974 in England geschah, weist eine ganz andere Problematik auf: 48)

- (5) Mr. Michael Mc Eldowney - 64 Jahre alt - wurde nach einem Verkehrsunfall von den Ärzten für tot erklärt. Verwandte gaben daraufhin die Einwilligung, seine Nieren zu übertragen.

Ein Operationsteam unter der Leitung von Mr. Anthony David Barnes begann die Nierentransplantation. Gleich nach Beginn der Operation sah die OP-Schwester - Anna Whitcombe - wie der rechte Fuß des angeblich Toten leicht zuckte. Zuerst hielt sie es für Einbildung, sah aber gleich darauf wieder eine Bewegung des rechten Fußes. Sie unterrichtete daraufhin Mr. Barnes davon, der die Operation unterbrach: aber danach geschah nichts mehr. Mr. Barnes erklärte, daß es sich wahrscheinlich um eine Nervenzuckung gehandelt hätte und er operierte weiter.

Die OP-Schwester bemerkte jedoch bald darauf wieder eine Bewegung des Fußes. Sie war nunmehr voll davon überzeugt, daß der Patient bzw. Nierenspende noch lebte: sie trat deshalb vom OP-Tisch zurück.

Mr. Barnes operierte weiter, er eröffnete das Peritoneum, als der Patient plötzlich hustete. Jetzt war auch er überzeugt: die Operation wurde unterbrochen, die Wunde versorgt und Mc Eldowney auf die Intensivstation gebracht.

Fünfzehn Stunden später wurde er wieder für tot erklärt. Diesmal war die Todesfeststellung richtig. Man entnahm seine beiden Nieren, um sie später je einer Frau zu übertragen.

Aus anderer Quelle 49) ist zu erfahren, daß Mc Eldowney beide Male von nur einem Arzt bzw. einer Ärztin für tot erklärt wurde, was nicht den Vorschriften entsprach. Auch wurde die Frage aufgeworfen, ob er nun an den Folgen des Unfalls oder aber an den Folgen der begonnenen Nierenentnahme starb.

48) The Times, Nurse tells of horror when "dead" man moved, 16. 3. 1974, siehe auch:

49) Gütgemann, A., Käufer, C., Siedeck: Keine Angst vor dem "Lebendig-begraben-Werden", Diskussion mit der Welt, 17. 4. 1974

Die World Medical Association - WMA - hat 1968 in Sydney in Australien Übereingekommen, daß mindestens zwei vom Verpflanzungsteam unabhängige Ärzte den Tod feststellen müssen. In England besteht zusätzlich dazu noch die Vorschrift, daß es sich bei beiden um "fully registered practitioners" handeln muß, wovon einer der beiden eine Berufserfahrung von mindestens fünf Jahren aufzuweisen hat.

Die Ärztin, die nach dem Unfall den Tod von Mc Eldowney feststellte, hatte aber nur drei Jahre Berufserfahrung, als sie die Entscheidung allein traf. Es ist sicher richtig, daß bei Organspendern nicht so lange gewartet werden kann, bis z. B. Totenflecke oder sogar Fäulniszeichen auftreten. In Deutschland ist es jedoch üblich, wenigstens ein EKG und in der Klinik ein EEG abzuleiten. Außerdem wird zum sicheren Nachweis des Gehirntodes eine Angiographie der Hirngefäße durchgeführt.

Im vorliegenden Fall unterblieben derartige Maßnahmen. Der Patient wurde lediglich eine Stunde lang an die Herz-Lungen-Maschine angeschlossen. Als nach dieser Stunde noch keine Atemtätigkeit zu verzeichnen war, wurde das Gerät abgeschaltet und der Patient für tot erklärt. Weitere Maßnahmen unterblieben.

Als nächstes wird von einem Fall berichtet, der vor gar nicht so langer Zeit von einer Zeitung unter der Schlagzeile: "Ärztin warf Baby in Eimer, es lebt!"⁵⁰⁾ drastisch geschildert wurde:

- (6) Jutta Sch., 22 Jahre alt, war im siebten Monat schwanger, als bei ihr verfrüht die Wehen einsetzten.

50) Bild-Zeitung vom 6. 11. 1978, vom 7. 11. 1978, vom 8. 11. 1978 und vom 15. 11. 1978
siehe auch: Boetzke, C. E., Scheintot begraben, Verlag R. S. Schulz, (1978), S. 167 ff.

Ihr Freund verständigte den Notarzt; es kam daraufhin die Gynäkologin Margarete G., die kurz nach 12.00 Uhr am 5. Jan. 1978 folgende Situation vorfand:

Jutta Sch. hatte gerade auf der Toilette ein Mädchen zur Welt gebracht. Der Säugling war mit dem Kopf voran in das Toilettenbecken gestürzt und dort stecken geblieben. Er befand sich ganz unter Wasser.

Die Ärztin holte den Säugling heraus, sie fühlte nach dem Herzschlag und legte ihn mit den Worten: "Da ist nichts mehr zu machen, geben Sie's dem Krankenwagen mit, der Ihre Frau in die Klinik bringt" in einen Plastik-eimer.

Nach etwa zehn Minuten begann das Baby im Eimer jedoch plötzlich zu wimmern. Es wurde daraufhin schnellstens in das örtliche Kinderkrankenhaus gebracht und überlebte.

Das Neugeborene wog 1.450 g und war 41 cm groß. Bei den späteren Ermittlungen wegen Verdachts des versuchten Totschlags durch Unterlassung gab Frau Dr. G. an, daß das Frühgeborene bei der ersten Untersuchung schlaff und leblos war und daß sie außerdem keinerlei Herzaktionen feststellen konnte.

Erstaunlich ist, daß dieser frühgeborene Säugling trotz der widrigen Umstände überhaupt überlebt hat und nicht an den postpartalen Traumen gestorben ist. Denn gerade bei Frühgeborenen ist zusätzlich zu den normalerweise in Entbindungskliniken getroffenen Maßnahmen (Heizstrahler, Sauerstoff, Überprüfung von Atmung und Kreislauf) ganz besonders darauf zu achten, daß die hier sehr schnell eintretende und damit bedrohliche Unterkühlung verhindert wird und eine optimale Versorgung erfolgt. 51)

Im folgenden werden noch zwei irrtümliche Todesfeststellungen erwähnt, bei denen Ärzte den Tod bescheinigten und die "Verstorbenen" im Leichenhaus wieder Lebenszeichen von sich ga-

51) Schmidt-Matthiesen, H., Das asphyktische Kind, Gynäkologie und Geburtshilfe, 3. Aufl. (1976), F. K. Schattauer-Verlag Stuttgart-New York, S. 376 ff.

ben. Der eine Fall geschah im Dezember 1978 in Deutschland, der andere im März 1981 in England.

- (7) Ein 85-jähriger Mann brach in der Praxis seines Hausarztes zusammen. Dieser ließ den Bewußtlosen sofort in ein Krankenhaus bringen, wo die Ärzte nur mehr den Tod feststellen konnten.

Da die Todesursache unklar war, wurde die Kriminalpolizei verständigt. Als einer der Beamten eine Identifizierungskarte am großen Zeh des "Verstorbenen" anbringen wollte, gab dieser plötzlich wieder Lebenszeichen von sich. Der Mann wurde wieder in das Krankenhaus gebracht, aus dem er nach Behandlung entlassen werden konnte. 52)

- (8) Die 32-jährige Jacqueline Rosser wollte sich mit einer Überdosis Schlaftabletten das Leben nehmen. Der verständigte Arzt stellte in ihrer Wohnung den Totenschein aus und ließ die vermeintliche Leiche in die Leichenhalle der südenglischen Stadt Stroud überführen.

Dort merkte eine Angestellte, daß die "Leiche" noch atmete. Daraufhin wurde Jacqueline Rosser sofort auf die Intensivstation eines Krankenhauses gebracht, wo sie überlebte. (53)

52) Mätzler, A., Todesbescheinigung für Lebende, in: Kriminalistik 2/1979, S. 82/83
siehe auch: Polizei erweckt einen Toten, Südd. Zeitung vom 22. Dez. 1978

53) Tote atmet im Leichenhaus, Südd. Zeitung Nr. 65 vom 19. März 1981

2.3.2. Berichte aus der Fachliteratur
- medizinisch gesichert -

2.3.2.1. Vergiftungen

Als Schulbeispiel par excellence gilt der Fall der

(1) Minna Braun (1919) 54)

Am 27. Oktober 1919 kaufte die 23-jährige Krankenpflegerin Minna Braun in einer Charlottenburger Apotheke 20 M 50 ccm einer 3,5%igen Morphinumlösung und 10 Veronalpulver (0,5). Eine nach Ansicht des Berichterstatters absolut tödliche Dosis (1,7 Morphinum und 5,0 Veronal) nahm sie nachmittags gegen 16.00 Uhr in Grunewald ein. Nachdem sie noch einige Zeit umherirrte, verlor sie das Bewußtsein. (Lufttemperatur + 1 bis + 3 Grad Celsius, es war feucht und regnerisch.

Am 28. Oktober wurde sie mit geringen Lebenszeichen gefunden, sie starb scheinbar auf dem Transport und wurde anstatt in das Krankenhaus in die Leichenhalle gebracht. Der Gemeindearzt stellte folgendes fest:

Starre, Leichenblässe, völlige Reflexlosigkeit, Fehlen von Puls und Atmung, keine Herztöne, aufgeträufeltes Siegellack ergab keine Hautreaktion. Der Arzt bestätigte den Tod, hervorgerufen wahrscheinlich durch eine Morphinumvergiftung. Die "Tote" wurde mit den nassen Kleidern in der Leichenhalle eingesargt.

14 Stunden später, am 29. Oktober, wurde der Sarg wegen Feststellung der Person der Leiche

-
- 54) Rautenberg, E., Ein bemerkenswerter Fall von Scheintod, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift vom 13. Nov. 1919, S. 1277 und 1278
(Professor Dr. Rautenberg war dirigierender Arzt der Inneren Abteilung des Stubenrauch-Kreiskrankenhauses zu Berlin-Lichterfelde, in das Minna Braun gebracht wurde.
- dazu auch: Moewes, C. (Oberarzt der Abteilung), "Ein Fall von Scheintod", Archiv für Kriminologie (Kriminalanthropologie und Kriminalistik), Bd. 72, Leipzig (1920) S. 311-315

durch Kriminalbeamte noch einmal geöffnet. Die Friedhofsarbeiter, die den Sarg öffneten, bemerkten, daß die "Leiche" bläulich gefärbte Wangen bekommen hatte und sie sahen außerdem eine leichte Kehlkopfbewegung. Derselbe Arzt, der Minna Braun schon einmal untersucht und für tot erklärt hatte, stellte jetzt wieder "Fehlen von Puls und Atmung" fest, konnte aber jetzt einige dumpfe Herztöne hören, worauf die Überführung in das Krankenhaus erfolgte.

Als der Krankenwagen gegen 10.00 Uhr im Krankenhaus eintraf, ergab sich für die dort tätigen Ärzte folgende Situation:

Die Patientin war leichenblaß, starr, bewußtlos und völlig reaktionslos. Die Pupillen waren eng, Atmung und Puls fehlten völlig. Dagegen waren über dem Sternum Herztöne gerade noch hörbar, und zwar als Doppelton etwa 30 bis 40 mal in der Minute. Die Haut und die Lippen waren blaß, die Wangen leicht zyanotisch verfärbt.

Auch im Krankenhaus nahm man eine Morphinvergiftung an, Kampfer und Koffein wurden subkutan gegeben und eine Magenspülung vorgenommen; die Patientin wurde außerdem heiß gebadet und massiert, zeitweise wurde sie künstlich beatmet und bekam Sauerstoff.

Um 11.00 Uhr war der Puls wieder zu fühlen; - ferner setzte ab und zu, etwa alle zwei bis drei Minuten, die Atmung kurz und ruckartig wieder ein. Es wurde ein Nachlassen der Starre der Glieder und des Nackens beobachtet. Gegen 12.00 Uhr war die Haut hochrot, Pulsfrequenz ca. 50 - 60 / Min., Atmung unregelmäßig, meistens flach, jedoch manchmal auch tiefer. Die Patientin wurde wieder zu Bett gebracht.

Laborbefunde:

Katheterurin: Reichlich Eiweiß, granulierte und hyaline Zylinder, reichlich Diäthylbarbitursäure, in geringen Mengen Morphin. Magenspülwasser: Reichlich Morphin und Diäthylbarbitursäure.

Lumbalpunktat: Es entleerte sich im Strahl und wies keine Veränderungen auf.

Am 30. Oktober wachte die Patientin zum ersten mal auf und konnte kurze Angaben zum Geschehenen machen. Daraufhin erfolgte ein akuter Anstieg der Temperatur auf 38-39°; das Fieber fiel nach zwei Tagen ohne Schweißausbruch auf 37° ab.

Am 3. November ergab sich folgender Befund: Die Patientin war müde, ansonsten aber auf dem Wege der Besserung; Urin eiweißfrei; keine Zei-

chen einer Lungenentzündung (auch vorher niemals); es bestand jedoch andauernd eine Leukopenie und eine Monozytose.

Dem zuerst untersuchenden Arzt wurde zwar anfangs Fahrlässigkeit vorgeworfen, doch mußten alle Anschuldigungen fallen gelassen werden. Er hatte zwar noch nicht die typische Leichenstarre vorgefunden, doch waren der Rumpf und die Glieder bereits steif. Zusammen mit den anderen Anzeichen (Leichenblässe, völlige Reflexlosigkeit, Fehlen von Puls und Atmung) und der durchgeführten Lebensprobe (Auftropfen von Siegelack erzeugt beim Lebenden einen Entzündungshof und Brandblasen),⁵⁵⁾ die negativ war, "mußte" er zu dem Ergebnis kommen, daß die Frau tot sei.

Diskutiert wurde von Rautenberg, wie es möglich ist, daß ein Mensch so lange (24 Stunden) ohne Zirkulation und Atmung lebt. Er sieht im Zusammenwirken von Kälte und Narkotikum, die beide die Vasomotoren lähmen, die Ursache darin, daß die Lebensbedürfnisse des Körpers auf ein Minimum reduziert waren (Vita minima!). Die Atmung hat zwar stundenlang völlig gefehlt, "das Herz dagegen wird wohl, wenn auch ohne eigentlichen Schlag, vielleicht nur mit einzelnen zuckenden Bewegungen an den Herzohren stundenlang das einzige Vivum gewesen sein." In solchen zweifelhaften Fällen könnte das Elektrokardiogramm entscheidend aufklären und vor Fehlgriffen warnen."

Rautenberg verweist ferner an Kraus⁵⁶⁾, der über den Scheintod der indischen Fakire schreibt, die angeblich Wochen bis Monate bei herabgesetzter Herztätigkeit und mit fortgesetztem Atmungsstillstand begraben werden.

Prokop⁵⁷⁾ hält diese Fakirleistung nicht für außergewöhnlich. Er vergleicht sie mit dem Winterschlaf der Tiere, die es sei-

55) Siegelack-Probe nicht mehr üblich, da nicht sicher.

56) Kraus, L. A., Praktische Anweisungen zu gerichtlichen Leichenuntersuchungen, Helmstedt (1837)

57) Prokop, aaO, S. 11 ff.

ner Meinung nach weit besser verstehen, ihre Lebensfunktionen zu reduzieren. Durch Hypnose und auch auf hysterischer Basis ist es möglich, die Wärmeproduktion zu vermindern. Stoffwechsel und Sauerstoffbedarf sind ähnlich wie im Tiefschlaf herabgesetzt. Ebenfalls ist es möglich, durch reine Verbalsuggestion einen hypnotischen Zustand hervorzurufen, bei dem die Herz- und Atemtätigkeit erheblich herabgesetzt sind. Die Berichterstattungen über besonders sensationelle Fälle, wonach indische Fakire mehrere Jahre bestattet waren, können jedoch keiner sachlichen Überprüfung standhalten.⁵⁸⁾

(2) Friederika A., Apothekerin, (1970) ⁵⁹⁾

Frau Friederika A., 60 Jahre alt, wurde am 9. Oktober 1970 gegen 10.00 Uhr in ihrer Wohnung von einer Freundin in leblosem Zustand aufgefunden. Bei der scheinbar toten Frau lagen ein Abschiedsbrief, ein leeres Fläschchen eines Barbitursäuremittels und ein Becher mit weißlichen Anhaftungen. Die Auffindesituation sprach für einen Selbstmord.

Der im gleichen Hause wohnende Apotheker, der von der Freundin verständigt wurde, rief sofort den Hausarzt von Frau A. an. Da dieser nicht gleich kommen konnte, rief man auf sein Anraten den Arzt Dr. M. herbei, der auch wenig später kam und den Tod der Apothekerin feststellte. Er veranlaßte, daß die Polizei verständigt wurde, und bat darum, daß diese die Todesbescheinigung bei ihm abholen soll, da er wenig Zeit und auch keine entsprechenden Formulare bei sich habe.

Der in die Wohnung von Frau A. entsandte Kriminalbeamte stellte bei der angeblich Toten fest, daß sich ihr Brustkorb hob und senkte;

58) Moll, A., Der Hypnotismus, Fischers medizinische Buchhandlung, Berlin (1924) berichtet über einen Fall, bei dem zwei Yogis eine wissenschaftliche Kommission täuschen wollten.

59) Mätzler, A., Ärztliche Todesbescheinigungen für Lebende, in: Kriminalistik, Heft 4 (1978), S. 158
siehe auch Diskussion hierzu in: Kriminalistik Heft 6/1978 S. 261/262

Mätzler führt noch einen zweiten Fall an, bei dem auch der verständigte Kriminalbeamte feststellte, daß die "Tote" noch lebte:

(3) Elisabeth K. 60)

Die 52-jährige Elisabeth K. wurde in ihrer Wohnung von einer Nachbarin auf dem Fußboden liegend regungslos aufgefunden. Die auf dem Tisch liegenden Abschiedsbriefe und letztwilligen Verfügungen ließen auf einen Selbstmord schließen, ausgeführt durch Einnahme einer Überdosis von Schlaftabletten.

Der von der Nachbarin verständigte Hausarzt untersuchte Frau Elisabeth K. und erklärte, daß sie tot sei. Anschließend stellte er die Todesbescheinigung aus und gab als Todeszeit "nach 24.00 Uhr" an. Auf seine Veranlassung wurde die Polizei verständigt.

Der wenig später eintreffende Kriminalbeamte konnte dann aber zweifelsfrei Atmung und Pulsschlag feststellen; zwar schwach, aber immerhin vorhanden. Es war damit bewiesen, daß die Frau noch am Leben war.

Frau K. wurde umgehend mit dem Krankenwagen in ein Krankenhaus gebracht und konnte gerettet werden.

(4) Gerde M. (1975) 61)

Frau M. wurde am 25. März 1975 im Keller ihrer Wohnung in Ludwigshafen von ihrem Schwiegersohn wie folgt aufgefunden:

Sie kauerte in einem ausgemusterten Kleiderschrank, neben sich hatte sie ein leeres Valiumröhrchen und eine Bierflasche. Lebenszeichen konnte der Schwiegersohn nicht mehr erkennen.

Der an jenem Dienstag in Ludwigshafen gerade diensthabende Notarzt Dr. M., der verständigt wurde, hielt die Frau ebenfalls für tot und kam zu folgendem Ergebnis:

60) Mätzler, A., aaO, S. 158

61) Mätzler, A., aaO, S. 158/159

"Unterkühlung, Herzstillstand, Puls: 0,
EKG: 0."

Der Totenschein wurde von ihm um 12.30 Uhr
ausgestellt.

Der verständigte Kriminalkommissar Alois O.
stellte jedoch kurze Zeit später fest, daß
Frau M. gar nicht tot war. Sie lebte noch bis
zum 1. April und starb auf der Intensivsta-
tion des Städt. Krankenhauses an einer Lun-
genentzündung.

In diesem Fall wurde gegen den Arzt, Dr. M., Anklage erhoben.
Die Zweite Große Strafkammer des Landgerichts im pfälzischen
Frankenthal entschied jedoch wie folgt:

Dr. M. wird frei gesprochen, da er zwar objektiv den Tat-
bestand der unterlassenen Hilfeleistung erfüllt habe, ihm
aber der zur Strafbarkeit notwendige Vorsatz nicht nachzu-
weisen sei.

Was den Vorwurf betreffs der fahrlässigen Tötung betrifft,
so konnte ihm nicht bewiesen werden, daß speziell die un-
terlassene Hilfeleistung den Tod der Frau bewirkt hatte. 62)

(5) Rita Sch. (1975) 63)

Rita Sch., 35 Jahre alt, wohnte allein. Sie
war jedoch mit einem Mann befreundet, den
sie in einem kleinen Krankenhaus kennenge-
lernt hatte, wo sie beide wegen "depressiven
Verstimmungszuständen" behandelt worden waren.

Eines Tages fand der Freund von Frau Sch. sie
lebenslos vor ihrem Bett liegend vor, nachdem er
sich zuvor gewaltsam Zutritt zu ihrer Wohnung
verschafft hatte. Es war gegen 12.00 Uhr. Er
und der von ihm verständigte Hauswirt legten
Frau Sch. in das Bett und verständigten einen
Arzt und die Polizei.

62) zu diesem Fall, siehe auch: Spiegel, Alles in Ordnung,
Heft 8 (1977)

63) Teige, K., Gerlach, D., Scheintod oder nur auf dem Schein
tot?, in: Med. Welt, 26, Heft 4 (1975), S. 167 - 169

Dieser Arzt, dessen Patientin Frau Sch. war, stellte aufgrund fehlender Reflexe und weiter Pupillen den Tod fest. Als Todeszeitpunkt gab er 9.00 Uhr des gleichen Tages an. Bei den späteren Recherchen gab er außerdem an, sich intensiv um Frau Sch. bemüht und auch über längere Zeit eine Beatmung vorgenommen zu haben. (Die Polizeibeamten haben die Angaben bezüglich der Wiederbelebung jedoch nicht bestätigt.)

Gegen 14.15 Uhr stellte die inzwischen eingetroffene Kriminalpolizei fest, daß sich der Brustkorb der angeblich Toten leicht hob und senkte. Außerdem war eine leichte Pulsation der linken Halsschlagader zu erkennen. Die Körpertemperatur war niedriger als normal, das Genick sowie alle Gliedmaßen waren voll beweglich. Leichenflecke waren nicht zu sehen. Gesicht und Körper zeigten eine starke Sonnenbräunung, nur die Lippen hatten eine etwas bläuliche Farbe.

Gegen 14.23 Uhr wurde ein anderer Arzt hinzugezogen (der erste war nicht mehr zu erreichen gewesen) und der Krankenwagen gerufen. Dieser Arzt injizierte 4 Ampullen Novadral, 1 ml-Lsg., und nahm abwechselnd mit dem Fahrer des Krankenwagens eine Herzmassage und Mund-zu-Mund-Beatmung vor.

Außer, daß sich die vormals bläulichen Lippen rötlich färbten, änderte sich der Zustand von Frau Sch. jedoch nicht. Nach weiteren Bemühungen hörte auch das Heben und Senken des Brustkorbes auf und die Pulsation der Halsschlagader war nicht mehr festzustellen. Die Lippen und nun auch das Gesicht wurden zusehends blauer; ferner begannen sich an den unteren Fußpartien leicht livide Flecke auszubilden. Die Frau war tot.

Bei den folgenden Leichenuntersuchungen konnte einwandfrei festgestellt werden, daß Frau Sch. die Injektion, die etwa um 14.30 Uhr erfolgte, mindestens noch um eine halbe Stunde überlebt hatte.

Als Todesursache wurde eine Schlafmittelvergiftung nachgewiesen (wahrscheinlich Librium, Narcotral, Belladorm, Praxiten, Saroten und Medomin). Einziges aktenkundiges Todeszeichen bei der ersten ärztlichen Untersuchung waren "fehlende Pupillenreflexe". Das Ermittlungsverfahren gegen den Arzt wurde jedoch eingestellt mit der Begründung, daß die Schwe-

re der Vergiftung und die Menge der eingenommenen Medikamente eine Rettung von Frau Sch. auch bei sofort eingeleiteten Wiederbelebensmaßnahmen in Frage stellen.

(6) Emma S. (1975) 64)

Emma S., 80 Jahre alt, wurde am Morgen des 12. März 1975 von ihrem Enkel leblos auf dem Fußboden vor ihrem Bett gefunden. Sie war mit einem warmen Nachthemd und Strümpfen bekleidet. Die Verwandten von Frau S. verständigten das Notfallkommando der Feuerwehr, das jedoch einen Krankentransport ablehnte und den Notfallarzt verständigte. Dieser traf gegen 9.00 Uhr in der Wohnung ein, wo Frau S. noch immer auf dem Fußboden lag. Sie fühlte sich kalt an, Herzschlag und Atemgeräusche konnte er nicht mehr feststellen. Bei der Prüfung des linken Auges war keine Reaktion festzustellen.

Der Notarzt stellte daraufhin den Leichenschau-schein aus. Als Todesursache gab er "Herzver-sagen" an.

Die inzwischen eingetroffenen Leichenbestatter begannen, Frau S. zu waschen, sie umzukleiden und zu kämmen. Während dieser Tätigkeiten gab sie kein Lebenszeichen von sich.

Erst nachdem dies alles geschehen war, bemerkte einer der Leichenbestatter, daß sich die bereits im Sarg liegende Frau plötzlich bewegte und atmete. Das Notfallkommando wurde erneut verständigt und Frau S. in das Krankenhaus gebracht, wo es gelang, die Kreislaufverhältnisse zu normalisieren.

Die Ursache dieses Vorfalles war eine Vergiftung, hervorgerufen durch eine Überdosis von zwei verschiedenen Barbituraten; ferner konnte man eine stark erhöhte Bromidkonzentration infolge von Schlafmittelabusus nachweisen. Zusätzlich wurde ein Benzodiazepinderivat (wahrscheinlich Oxazepam) in Überdosis eingenommen.

64) Spann, W.; Liebhardt, E.; Eisenmenger, W., Gutachten vom 15. März 1976; siehe auch:
Spengler, J., Über die ärztliche Leichenschau. Gedanken zur Vermeidung fehlerhafter Feststellung des Todes, Dissertation (1978), Tübingen, S. 55 ff.

Wie es zum Scheintod von Frau Emma S. kommen konnte, kann man sich durch die Wirkweisen der einzelnen Medikamente, die sie eingenommen hatte, erklären. So hemmen die Barbiturate hauptsächlich das Zentralnervensystem, und zwar je nach Medikament mehr sedativ, mehr hypnotisch oder mehr narkotisch. Das Atemzentrum wird durch Barbiturate allerdings erst in höheren Dosen gehemmt. Bei Frau S. wurde eine Überdosierung von zwei verschiedenen Barbituraten festgestellt, die sich möglicherweise gegenseitig noch verstärkten, so daß eine Hemmung des Atemzentrums durch diese Medikamente sehr wahrscheinlich ist.

Von bromhaltigen Schlafmitteln ist bekannt, daß sie - längere Zeit eingenommen - zu zentralnervösen Symptomen führen können.

Außerdem stellte sich heraus, daß Frau S. zusätzlich ein Benzodiazepinderivat in Überdosis eingenommen hatte. Hierbei handelt es sich um einen Tranquilizer, der vor allem dämpfenden Einfluß auf die Psyche hat und der schon bei therapeutischen Dosen zu einer geringen Atemdepression führt.

In o. g. Fall wurden von der Tochter der Frau S. ganz erhebliche finanzielle Ansprüche geltend gemacht, so daß sich die Frage stellt, ob der Notarzt bei der Ausstellung des Totenscheines schuldhaft gehandelt hat.

Der Arzt konnte weder einen Herzschlag, noch Atemgeräusche und auch keinen Puls mehr feststellen. Selbst den erfahrenen Notfallmännern der Feuerwehr und den Leichenbestattern bot sie sich als tot dar und das über einen längeren Zeitraum. Das linke Auge, das allerdings einige Jahre zuvor operiert wurde, konnte auf Lichteinfall gar nicht mehr reagieren, jedoch ist es mehr als fraglich, ob bei Überprüfung des rechten Auges ein anderes Ergebnis zu verzeichnen gewesen wäre.

Dem Notarzt kann allerdings vorgehalten werden, beim Nachweis des eingetretenen Todes nicht den Regeln der ärztlichen

Kunst entsprochen zu haben. So muß auch in der täglichen Praxis der Leichenschau auf jeden Fall zwischen sicheren und unsicheren Todeszeichen unterschieden werden. Unsichere Todeszeichen, nämlich Pulslosigkeit, Atemstillstand, Fehlen von Reflexen, Leichenkälte waren bei Frau S. vorhanden, während sichere Todeszeichen, die erst nach Ablauf einer gewissen Zeit auftreten, also Totenflecke, Totenstarre und Fäulniserscheinungen fehlten.

Gesetzt den Fall, der Notarzt hätte den Totenschein erst nach Vorliegen von mindestens einem sicheren Todeszeichen ausgestellt, so hätte er doch in der Zwischenzeit keine ärztlichen Maßnahmen mehr ergriffen, weil diese Frau ja nach seiner Meinung und aufgrund seiner Untersuchung tot war. Er wäre also korrekterweise nach einer gewissen Zeit wiedergekommen, um nach Feststellung eines sicheren Todeszeichens den Totenschein auszustellen. Das Ergebnis wäre nicht anders gewesen. Tatsache ist, daß es sich in diesem Fall um einen sehr ungewöhnlichen Geschehnisablauf handelt, der zwar extrem selten vorkommt, mit dem man aber als Arzt rechnen muß.

(7) 41 Jahre alte Frau (1976) 65)

Zur Person: 41 Jahre alte Frau, die seit ihrer Jugend an einer unspezifischen Kollitis leidet, seit 1969 zusätzlich an einer chronisch-aggressiven Hepatitis. Ab 1974 starke psychische Belastungen wegen eines Ehescheidungsverfahrens.

Am 19.5.1976 wirkte sie völlig abwesend, so als ob sie unter dem Einfluß von Medikamenten stehen würde. Abends schrieb sie einen Abschiedsbrief, nahm eine Überdosis von Tabletten, aufgelöst in Wasser, ein und begab sich in ihren Wagen, der in der Garage abgestellt war. Dort wurde sie am 20.5.1976 gegen 9.00 Uhr leblos gefunden.

65) Mallach, H. J., Barz, J., Mattern, R., Bemerkungen zum Bestattungsgesetz von Baden-Württemberg, in: Med. Welt, Bd. 28, Heft 46 (1977), S. 1905 / 1906

Der benachrichtigte Arzt untersuchte "irgendwie das Genick", tastete nach dem Puls und erklärte, daß der Körper kalt und pulslos sei. Er nahm Selbstmord durch Einnahme von Tabletten an, den Eintritt des Todes konnte er nicht bestimmen, ansonsten ließ er die "Leiche" im Auto liegen.

Etwa um 10.00 Uhr kamen die Kriminalbeamten, die die Frau zusammengekrümmt auf der linken Seite liegend vorfanden; sie war nur mit einem Sommerkleid bekleidet gewesen. Auch sie hatten vorerst keinen Anlaß, daran zu zweifeln, daß es sich nicht um eine Tote handeln würde.

Um die Tatbestandsaufnahme zu erleichtern, wurde das Auto aus der Garage geschoben. Dabei fiel einem der Polizisten "eine leichte Bewegung auf der rechten Halsseite" auf. Bei genauerer Untersuchung wurden deutliche Pulsationen der Halsschlagader und eine flache Atmung beobachtet. Der nochmals gerufene Arzt gab der Frau eine Spritze und veranlaßte die sofortige Einlieferung in ein Krankenhaus.

Status: Starke Unterkühlung und tiefe Bewußtlosigkeit, Reflexe waren nicht vorhanden, enge Pupillen, Atmung und Herzfunktionen waren mit dem Stethoskop nicht festzustellen; im EKG wurde dagegen eine Frequenz von 34 Schlägen / Min. dokumentiert.

Eine Besserung des Zustandes trat trotz intensiver Wiederbelebungsmaßnahmen erst nach zwei Tagen ein. Am 26. 5. 1976 war die Patientin wieder bewußtseinsklar. Es bestand eine retrograde Amnesie für den Selbstmordversuch und eine vorübergehende linksseitige Ischiadikusparese, die bis zum 21. 6. 1976 zurückging.

Die Untersuchung des Harns ergab eine Vergiftung durch folgende Medikamente: Barbiturate, Prazepam (Demetrin) und Lorazepam (Tavor), außerdem Pyrazolon-Derivate.

(8) 23-jährige Frau (1976) 66)

Eine 23-jährige Frau, bei der eine Valoron-abhängigkeit bekannt war und die sich auch schon Heroin einverleibt haben soll, wurde

am 23. 9. 1976 gegen 15.00 Uhr leblos in ihrer Wohnung gefunden. Außer den Notfallsanitätern und dem Notfallarzt wurde auch die Kriminalpolizei verständigt.

Gegen 15.09 Uhr trafen als erste die Sanitäter ein. Sie fanden die Frau vollständig bekleidet auf dem Bauch liegend, das Gesicht nach rechts gedreht, vor. Die Frau hatte schleimig wirkendes Zeug erbrochen und machte im großen und ganzen den Eindruck einer Bewußtlosen.

Maßnahmen durch die Sanitäter: Mund und Rachen wurden mit einer Saugpumpe gesäubert; Beatmung mit Ambu-Beutel und Maske, Herzdruckmassage. Objektiv waren keine Puls- und Atemtätigkeit feststellbar; die Pupillen waren weit und reagierten nicht auf Lichteinfall.

Der wenig später kommende Notarzt erhob folgenden Befund:

"Wächserne Hautfarbe, deutlich herabgesetzte Hauttemperatur, weite und lichtstarre Pupillen, keine Kornealreflexe, keine Herz- und Atemreaktion, kein tastbarer Puls an den Halsschlagadern. Im EKG war keine Herzaktion nachweisbar."

Beobachtet wurde jedoch ein "intervallartiges Absinken des Unterkiefers, wobei sich jeweils der Mund öffnete!" Im Bauchbereich waren zudem sporadische Bewegungen zu sehen.

Da die Wiederbelebungsmaßnahmen nicht zum Erfolg führten, wurden sie um 15.35 Uhr abgebrochen. Man nahm eine unterbrochene Hirndurchblutung von mehr als 15 Minuten an und deutete die Bewegungen im Bauchbereich als hypoxische, tonisch-klonische Zwerchfellkrämpfe nach klinisch eingetretenem Tod.

Die um 15.40 Uhr eintreffenden Kriminalbeamten waren ebenfalls der Ansicht, daß die Frau zwar tief bewußtlos, jedoch nicht tot sei. Der behandelnde Notarzt meinte jedoch weiterhin, daß es sich um eine Schnappatmung bei einer zerebral toten Person handeln würde. Zwar gab er zu, daß mit technischer Hilfe die Lebensfunktion (Atmung und Kreislauf) in der Klinik künstlich erhalten werden könnten, doch sei die Frau nicht mehr zum Leben zu erwecken.

Trotzdem wurden nun die Wiederbelebungsmaßnahmen wieder begonnen. Die Atmung stabilisierte sich sogar vorübergehend, doch sistierte sie endgültig um 16.00 Uhr. Der Arzt konnte noch kurze Zeit auskultatorisch Herztöne feststellen, die durch das EKG bestätigt wurden. Auf einen tiefen Stich in den Oberarm mit einer Injektionsnadel reagierte die Frau jedoch nicht mehr. Auch fehlten jetzt Herzaktionen und Carotispuls.

Der chemisch-toxikologische Befund ergibt eine Überdosierung von folgenden Medikamenten: Carbromal, Bromisoval und Diphenhydramin, außerdem ACB und MACB (Valium)

(9) 55-jährige Frau (1976) 67)

Eine 55-jährige Frau nahm in der Nacht vom 23./24.9.1976 eine Überdosis Staurodorm-Tabletten ein. Am folgenden Abend, den 24.9., wurde sie gegen 21.45 Uhr von der Polizei im Hausflur auf dem Fußboden kauernnd, nur mit einem Schlafanzug bekleidet, aufgefunden. Neben sich hatte sie eine Sprudelflasche. Aus ihrem Mund tropfte Speichel; ansonsten zeigte sie, auch auf Anruf und Betasten, keinerlei Reaktion und fühlte sich kalt an.

Etwa um 22.00 Uhr traf der Arzt ein, der feststellte: Puls an keiner Stelle fühlbar, Blutdruck nicht meßbar, keine Atmung, Pupillen weit und starr, Extremitäten kalt, eine Totenstarre besteht nicht. Er stellte eine vorläufige Todesbescheinigung aus.

23.10 Uhr: Eintreffen der Kriminalpolizei

23.45 Uhr: Einer der Beamten bemerkte Bewegungen im Brustbereich, die sich als deutlich sichtbare Atembewegungen herausstellten. Ferner war gelegentlich ein Zucken des halb offenen Mundes zu sehen. Ein Puls konnte nicht gefühlt werden.

00.12 Uhr: Eintreffen des Krankenwagens.
Der diensthabende Notarzt konnte Pulsationen der Bauchschlagader (etwa 30 Schläge / Min.) feststellen. Auf dem EKG-Monitor waren rhythmische Herzaktionen zu erkennen.

Unter fortgesetzter künstlicher Beatmung und Herzmassage wurde die Frau in ein Krankenhaus gebracht. Dort angekommen (etwa um 00.30 Uhr) waren keine Herzaktionen mehr feststellbar. Die Frau war zwar noch rosig, doch waren die Pupillen weit und lichtstarr. Die anschließend vorgenommenen Reanimationsmaßnahmen blieben jedoch ohne Erfolg.

Der chemisch-toxikologische Befund ergab eine Überdosierung von Brallobarbital, Secobarbital und Etodroxizin (Vesperax); ferner Carbromal und Methaqualon (Staurodorm).

67) Mallech, H. J., Berz, J., Mattern, R., 660, S. 1906/1907

(10) 79-jährige Frau (1977) 68)

Eine 79 Jahre alte Witwe, die am 14. 5. 1977 in Suizidabsicht wahrscheinlich 60 Tabletten Revonal und 40 Tabletten Betadorm einnahm, wurde am 15. 5. 1977 gegen 19.00 Uhr von der alarmierten Feuerwehr leblos auf dem Boden liegend vorgefunden.

19.10 Uhr: Eintreffen des Notarztes, dem sich folgendes Bild bot: Die Haut war kalt und marmoriert, Hände und Füße blauviolett gefärbt; Pupillen: mittelweit und lichtstarr, Kornealreflexe nicht vorhanden; Schnappatmung; keine tastbaren peripheren Pulse, jedoch schwach tastbarer Karotispuls mit einer Frequenz von 25 Schlägen / Min., diese Frequenz konnte mittels EKG ebenfalls nachgewiesen werden, während stethoskopisch keine Herztöne zu hören waren.

Bis 19.40 Uhr wurden Wiederbelebungsversuche durchgeführt (intrakardiale Injektionen, Infusionen, Herzmassage), dann wurde der Tod festgestellt und als Ursache eine Schlafmittelvergiftung angenommen.

Den gegen 21.45 Uhr eintreffenden Kriminalbeamten teilte der bereits anwesende Friedhofswärter mit, daß die Frau noch schnappend atmen würde. Es wurde daraufhin ein Arzt verständigt, der, nachdem er eine Schnappatmung von 5 Atemzügen / Min. feststellte, erneut den Notarztswagen rief.

22.15 Uhr: Der Notarztswagen traf erneut ein, die Schnappatmung dauerte an, die Pupillen waren noch immer weit und lichtstarr. Man transportierte die Frau in ein Krankenhaus, wo jedoch nur EKG-Untersuchungen vorgenommen wurden, weil man sich von Wiederbelebungsmaßnahmen keinen Erfolg mehr versprach. Gegen 23.40 Uhr waren auch keine Herzaktionen mehr zu verzeichnen, die Frau war nunmehr endgültig tot.

Diese Vergiftung wurde lt. Befund durch eine Überdosis von Carbromal und Diphenhydramin (Betadorm) sowie Methaqualon (Revonal) hervorgerufen.

In den letzten vier Fällen wurden von der Staatsanwaltschaft Ermittlungsverfahren eingeleitet, die aber wieder eingestellt

werden mußten. So konnten die Ärzte nachweisen, daß sie der Aufforderung zur Leichenschau unmittelbar gefolgt waren, diese durchgeführt und wegen des unnatürlichen Todes auch sofort die Polizei benachrichtigt hatten. Eine Ordnungswidrigkeit lag also insoweit nicht vor.

Was § 223 StGB betrifft, so konnte ihnen eine Körperverletzung nicht angelastet werden, da lt. Gutachtermeinung auch eine optimale ärztliche Versorgung ohne zeitliche Verzögerung zu keinem anderen Resultat geführt und den Tod nicht verhindert hätte.

Nachdem die Ärzte vom eingetretenen Tod überzeugt waren bzw. "gewesen sein können", konnte Ihnen auch keine unterlassene Hilfeleistung nachgewiesen werden, die im § 330 c StGB geregelt wird.

Allerdings muß man festhalten, daß die Leichenschau nicht mit der gebotenen Sorgfalt durchgeführt wurde. Die Fehldiagnose des eingetretenen Todes konnte nur dadurch zustande kommen, daß zwar eine Reihe von unsicheren Todeszeichen, jedoch kein sicheres Todeszeichen vorhanden waren.

(11) Therese M. (1979) ⁶⁹⁾

Therese M., 39 Jahre alt, litt seit 12 Jahren an multipler Sklerose und war deshalb an den Rollstuhl gefesselt. Am Abend des 15. 9. 1979 nahm sie in Suizidabsicht wahrscheinlich 47 Limbatril-Tabletten ein.

Gegen 22,50 Uhr wurde sie von ihrem Mann bewußtlos im Rollstuhl sitzend aufgefunden. Dieser verständigte sofort die Rettungsleitstelle, die einen Notarztwagen mit Dr. L. und zwei Sanitätern schickte. Unmittelbar nach dessen Eintreffen wurde mit den Wiederbelebungsmaßnahmen begonnen, die etwa

69) Spann, W., Liebhardt, E., Eisenmenger W., Gutachten vom 3. 12. 1979
siehe auch: AZ vom 21.9.1979 und 22./23.9.1979

bis 23.20 Uhr (also etwa 40 Minuten lang) durchgeführt wurden.

Als die Wiederbelebensmaßnahmen nach dieser Zeitspanne noch nicht zum Erfolg geführt hatten - das EKG wies eine Nulllinie auf, Pupillenreaktionen waren nicht mehr feststellbar - schrieb Dr. L. die Todesbescheinigung aus.

Am nächsten Morgen gegen 6.00 Uhr beobachtete der Ehemann jedoch, daß seine Frau noch atmete. Er verständigte noch einmal die Rettungsleitstelle, die Frau M. sofort in ein Landshuter Krankenhaus einwies, wo sie bis zum 9. 10. 1979 in stationärer Behandlung war. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wurde sie in ein Rehabilitationszentrum nach Ebenhausen verlegt.

Am 3. Dez. 1979 wurde von der Staatsanwaltschaft ein Gutachten angefordert, ob ein aus ärztlicher Sicht fahrlässiges Verhalten des untersuchenden Arztes vorliegen könne. Ferner, ob mit Folgeschäden zu rechnen sei und ob sich diese aus der Tatsache der verspäteten Einweisung (ca. 6 Stunden) oder u. U. auch infolge der Tabletteneinnahme ergeben können.

Auch in diesem Gutachten wird besonders auf sichere und unsichere Todeszeichen abgestellt. Gerade beim Scheintod infolge von Vergiftungen mit Schlaf- und Betäubungsmitteln werden ab und zu die Lebensfunktionen so reduziert, daß dadurch der eingetretene Tod vorgetäuscht werden kann. So muß in all jenen Fällen unbedingt mindestens ein sicheres Todeszeichen als Nachweis des Todes vorhanden sein, denn sichere Todeszeichen kommen beim Scheintoten nicht vor.

Bei Frau M. waren z. B. zwar mehrere unsichere Todeszeichen vorhanden, die auf eine Funktionseinstellung der einzelnen Organe bzw. Organsysteme hinwiesen (Atemstillstand, nicht nachweisbare Kreislauffunktionen, Abkühlung, weite und lichtstarre Pupillen), doch konnte auch in diesem Fall kein sicheres Todeszeichen nachgewiesen werden, denn die Angabe von Dr. L., Totenflecke beobachtet zu haben, ist nicht aufrecht zu halten. Es ist anzunehmen, daß er hier sogenannte Todesrosen, nämlich bei

weitgehend reduziertem Kreislauf auftretende Farbveränderungen an den abhängenden Körperpartien, als solche fehlgedeutet hatte.

Ob die etwa sechs Stunden verspätete Klinikeinweisung möglicherweise zu Folgeschäden geführt haben könnte bzw. noch führen wird, konnte zum Zeitpunkt des Gutachtens noch nicht mit Sicherheit beantwortet werden. Für das eingenommene Medikament in der angenommenen Überdosierung ist jedoch nach den bisherigen Fakten keineswegs zwingend davon auszugehen, daß es zu Folgeschäden kommt, ausgeschlossen wurde es jedoch nicht.

Der jüngste Fall in dieser Reihe, der sich am 16. Febr. 1980 in München ereignete, veranlaßte die Staatsanwaltschaft sogar, gegen die den Tod feststellende Ärztin, Frau Dr. S., ein Ermittlungsverfahren wegen fahrlässiger Tötung einzuleiten. Dazu folgender Sachverhalt:

(12) Edith M. (1980) 70)

Am 16. Febr. 1980 in der Früh um 7.50 Uhr bemerkte der Spaziergänger, Rudolf T., im Angerlohwald in München, gegenüber dem Anwesen Manzostr. 92, eine reglos auf dem Boden liegende Frau. Die von ihm verständigte Polizei traf um 8.05 Uhr ein und verständigte gegen 8.34 Uhr die Kriminalpolizei, Abt. K 112, die um 9.05 Uhr folgende Situation vorfand:

Die angebliche Leiche befand sich in Rückenlage auf dem Boden liegend, die rechte Schulter war an einen Eichenstamm angelehnt, der Kopf berührte den Boden. Arme und Beine sowie Gesicht fühlten sich kühl an, während Brust und Bauch noch handwarm waren. Alle Gliedmaßen gut beweglich; Augen und Mund geschlossen; Pupillen klein und "gebrochen";

70) Spann, W. u. Eisenmenger, W., Gutachten vom 15. 1. 1981
siehe auch: AZ vom 19. 2. 1980, "Scheintot im Sarg: Der Staatsanwalt ermittelt"

siehe auch: Stern Nr. 241/80, "Die Frau, die zweimal starb"

Blutaustritte in den Bindehäuten waren nicht erkennbar; Puls und Atmung nicht mehr feststellbar; Leichenflecke nicht vorhanden. Die Frau war ordentlich gekleidet, vor ihr stand eine fast ausgetrunkene Bierflasche. Links neben ihr befand sich eine dunkelrote Kunststoffflasche mit einer Plastiktüte, in der sich leere Verpackungen von Praxiten, Psychoverlan forte, Tavor, Mandrax, Aponal, Dogmatil, Saroten retard, Tranxilium, Speda und Dociton befanden. Ausweispapiere, Schmuck, Geld oder Schlüssel hatte sie nicht bei sich.

Die Ermittlungen ergaben, daß es sich bei der "Toten" um Frau Edith M., geb. am 30. 7. 1927, handelte, die seit geraumer Zeit an Depressionen litt und schon bei verschiedenen Nervenärzten in Behandlung war. Sie hatte bereits mehrere Suizidversuche unternommen und sollte bereits vor längerer Zeit stationär untergebracht werden. Am 15. 2. 1980 war sie gegen 20.00 Uhr aus der ehelichen Wohnung gegangen und ihr Mann erstellte bereits um 22.00 Uhr eine Vermisstenanzeige bei der Polizei. Herr M. und die Tochter von Frau M. identifizierten sie eindeutig am Auffindungsort.

Zur Durchführung der Leichenschau und Ausstellung des Totenscheines wurde die Notärztin, Frau Dr. S., gerufen. Sie stellte folgendes fest: "Weite Pupillen ohne Reaktion, kalt, starr, kein Puls und keine Atmung". Herr T., der die angeblich Tote gefunden hatte, gab an, daß die Besatzung des Notarztwagens (die Ärztin und zwei Helfer) zwar mit Gerätekoffern erschienen seien, diese jedoch nicht benutzt hätten. Die Untersuchung soll nicht mehr als 5 bis 10 Minuten gedauert haben, die Leiche wurde nicht entkleidet, ein EKG wurde nicht abgeleitet.

Frau Dr. S. gab als Todeszeitpunkt den 16.2.1980 an, Uhrzeit unbekannt; - Todesart: nicht natürlicher Tod, wahrscheinlich verursacht durch eine Tablettenvergiftung.

Anschließend wurde Frau M. in das Institut für Rechtsmedizin in München gebracht. Dabei bot sie die ganze Zeit den Eindruck einer Toten.

10.40 Uhr: Der Leichenschaffner W. bemerkte beim Öffnen des Sarges, daß die Plastikfolie über dem Gesicht der "Toten" mit Kondenswasser beschlagen war. Er verständigte sofort den im Institut für Rechtsmedizin diensthabenden Arzt Dr. G., der seinerseits den Notarzt Dr. Sch. und den Leiter des Instituts, Prof. Dr. Spann, verständigte.

Bei der Untersuchung von Frau M. stellte Dr. G. folgendes fest:

Praktisch nicht tastbare Pulse an Handgelenk und Hals, die Halsvenen waren jedoch prall gefüllt, Pupillen sehr eng und lichtstarr; Wangen leicht gerötet; Extremitäten kalt, die Brustregion etwas wärmer. Totenflecke waren in bekleidetem Zustand nicht zu erkennen, eine Leichenstarre lag nicht vor. Außerdem beobachtete er Muskelzuckungen, jedoch nicht am Hals und nicht am linken Arm.

11.15 Uhr: Der inzwischen eingetroffene Notarzt Dr. Sch. erhob folgende Untersuchungsbefunde:

Puls peripher gerade noch tastbar; außerdem spontane Herzaktionen (etwa 24 Schläge / Min.); Spontanatmung (etwa 5 Atemzüge / Min.); die Pupillen waren eng, Lichtreaktionen beidseits vorhanden; BSR und PSR nicht auslösbar; ansonsten lag eine starke Unterkühlung vor, jedoch keine periphere und keine zentrale Zyanose. Leichenflecke waren ebenfalls keine vorhanden. Das EKG zeigte einen Sinusrhythmus.

Es wurden folgende Wiederbelebungsmaßnahmen vorgenommen:

Legen eines Subklavia-Katheters rechts; Infusion von Natriumbikarbonat; außerdem: 1 mg Atropin i.m. und 1 ml Lorfan und 1/4 mg Kombetin i.v.; während der ganzen Zeit assistierende Beatmung.

Beim Umlagern in den Notarztwagen kam es zum Herzstillstand. Daraufhin: 1 ml Alupent und Herzmassage. Nach Auftreten von Kammerflattern wurden 20 mg Xylocain i.v. gespritzt und außerdem wurde mit 200 W/s defibrilliert. Weiterhin: 2 ml Alupent und 40 mg Fortecortin sowie andauernde Herzmassage und Beatmung. Der Zustand besserte sich insoweit, als eine selbständige Herzfrequenz von 4 bis 6 Kammeraktionen zustande kam und gegen

12.00 Uhr die Fahrt ins Krankenhaus Harlaching angetreten werden konnte. Während des Transportes wurden Herzmassage und Beatmung weiter durchgeführt; die Pupillen waren mittelweit, jedoch reagierten sie beidseits positiv auf Lichteinfall; zeitweilig wurde eine Schnappatmung festgestellt.

Gegen 12.15 Uhr: Eintreffen auf der Intensivstation der Kardiologischen Abteilung des Krankenhauses Harlaching.

Status: Schnappatmung von 5 Atemzügen / Min.; infolge der Zentralisation des Kreislaufes kein Puls tastbar und keine Herztöne auskultierbar; Blutdruck nicht meßbar; Einflußstauung im Halsbereich; Körpertemperatur: 23,6 °C; ausgeprägte periphere Zyanose; Pupillen mittelweit, entrundet und lichtstarr; sie wurden im folgenden maximal weit.

Die Herzmassage und zunächst manuelle, später assistierende Beatmung wurden fortgeführt, außerdem: Gabe von Sympathicomimetica zuerst peripher, dann direkt intrakardial; ferner: Ausgleich des Säure-Basen-Haushaltes.

Nachdem diese Maßnahmen zu keinem Erfolg führten, wurde - obwohl kein Kammerflimmern bestand - noch einmal mit 200 W/s defibrilliert. Anschließend war eine regelmäßige Sinusbradykardie mit einer Frequenz von zwanzig Schlägen / Min. zu verzeichnen und der Femoralispuls schwach tastbar. Die Frequenz erhöhte sich jedoch nicht auf die Gabe von Sympathicomimetica und sprach nicht auf die Senkung des Kaliumspiegels an. Die Fortsetzung der Herzmassage und der Beatmung brachten keine Besserung des Zustandes mehr.

Deshalb wurde eine Schrittmachersonde über die linke V. Subklavia in den rechten Herzvorhof gelegt, um eine Pulsfrequenz von 80 Schlägen je Minute zu erzielen. Dies führte ebenfalls nicht zum Erfolg; außerdem waren während der ganzen Zeit weder spontane, noch reflektorische Reaktionen der Patientin zu erkennen gewesen.

Gegen 14.30 Uhr: Keine Beantwortung der Schrittmacherreize mehr; Atemstillstand; EKG: Nulllinie. Es wurde der Tod festgestellt.

Die Obduktion von Frau M. ergab keine anatomisch nachweisbare Todesursache. Von den Obduzenten wurde es jedoch als wahrscheinlich erachtet, daß der Tod als Folge einer Tablettenvergiftung eingetreten war.

Die chemisch-toxikologische Untersuchung ergab folgende Befunde: 71)

Diphenhydramin, Vinylbital und Benzodiazepin-Derivate in therapeutischer Dosierung; Methaqualon-Konzentration im Blut ebenfalls im therapeutischen Bereich; die erhöhte Bromkonzentration, die wahrscheinlich von Psychoverlan forte stammte, wurde ebenfalls als nicht geeignet bezeichnet, diese schweren Vergiftungserscheinungen hervorzurufen.

71) Kauert, G.; Eisenmenger, W.; Spann, W. - Gutachten vom 24. Nov. 1980

Anders dagegen verhielt es sich mit Amitriptylin, das in deutlich mehr als therapeutischer Konzentration aufgenommen wurde. Aber, obwohl die vorgefundene Konzentration schon im toxischen Bereich lag, konnte anhand von Literaturfällen nachgewiesen werden, daß diese Werte noch unter denen lagen, die von Vergifteten bei intensiver ärztlicher Behandlung überlebt wurden.

Von dem aufgefundenen Betablocker Propranolol konnte ebenfalls nicht ausgeschlossen werden, daß es in mehr als therapeutischer Dosis aufgenommen wurde. Das bei der Analyse ferner festgestellte Lidocain wurde der i.v.-Injektion des Notarztes Dr. Sch. zugeordnet.

Für sich alleine ist also keines dieser Medikamente sicher geeignet, den Tod infolge einer Intoxikation herbeizuführen. Die Kombination der Medikamente und die damals herrschende Lufttemperatur von + 2 bis + 3 ° Celsius zusammen aber machen den Tod als Folge einer Tablettenintoxikation mit Unterkühlung wahrscheinlich. In diesem Zusammenhang ist besonders die pharmakologische Wirkung des Betablockers zu nennen, welcher zu einer Herabsetzung der Herzfrequenz und als Folge davon zu einem verminderten Sauerstoffverbrauch im Herzmuskel führt, so daß die Lebensvorgänge bei Frau M. auf ein für die Notärztin Dr. S. nicht mehr erkennbares Minimum gesunken waren. Ferner muß berücksichtigt werden, daß Frau M. längere Zeit vor ihrem Tode zentral wirksame Medikamente eingenommen hatte, die möglicherweise eine Toleranz gegenüber den Arzneimitteln verursacht haben.

Zu dem erhobenen Vorwurf der fahrlässigen Tötung ist zu sagen, daß bei Ausstellung des Leichenschauscheinnes - wie sich nachträglich herausstellte - Frau M. noch nicht tot war. Bei der durch die Notärztin angegebenen "Starre" (diese Aussage steht im übrigen im Widerspruch zu den Aussagen der Polizeibeamten und des Dr. G.) handelte es sich um eine sogenannte Kältestarre der Gliedmaßen, die auf die kalte Umgebung zurückzuführen

war und die für sich allein und unter Berücksichtigung der Auffindesituation keinesfalls als Totenstarre angesehen werden darf. Folglich lag keines der sicheren Todeszeichen vor, von denen nur eines zur sicheren "Diagnose" erforderlich gewesen wäre.

Der Gutachter kam auch in diesem Fall zu dem Ergebnis, "daß die Ausstellung eines Leichenschaucheines durch Frau Dr. S. den Regeln ärztlicher Kunst und den gesetzlichen Anforderungen nach dem Bayerischen Bestattungsgesetz widersprach, indem keine sicheren Zeichen eines eingetretenen Todes bei Frau M. festgestellt wurden und gleichwohl der eingetretene Tod attestiert wurde."

Was den Vorwurf der fahrlässigen Tötung betrifft, wäre zu klären, ob ein anderes Vorgehen der Notärztin den Todeseintritt bei Frau M. hätte verhindern können. Nachdem die Obduktion und die chemisch-toxikologischen Untersuchungen keine eindeutig nachweisbare Todesursache ergaben, ist wohl darauf abzustellen, daß die kombinierte Aufnahme der einzelnen Medikamente im Zusammenhang mit der starken Unterkühlung (diese bzw. Kreislaufversagen bei Erfrieren ist für sich allein ebenfalls eine mögliche, wenn nicht sogar die wahrscheinlichste Todesursache) als Todesursache in Betracht kommen.

Was dagegen die verspätete Einlieferung in das Harlachinger Krankenhaus betrifft, so ist festzuhalten, daß sämtliche Intensivmaßnahmen nur daraufhin abzielten, die vitalen Funktionen - Kreislauf und Atmung - zu normalisieren. Maßnahmen, die zur Giftentfernung geeignet sind (z. B. das vom Ehemann der Verstorbenen geforderte "Magenauspumpen") sowie eine Aufwärmung der stark unterkühlten Patientin haben in solchen Fällen sekundäre Bedeutung. Das oben geschilderte Vorgehen der Ärzte, um das Leben von Frau M. zu retten, entspricht auf jeden Fall den Regeln der ärztlichen Kunst, "da es sinnlos ist, eine Giftentfernung durchführen zu wollen, so lange die Grundbedingungen des Lebens, nämlich ein einigermaßen regelmäßiger

Herzschlag und eine einigermaßen regelmäßige Atmung nicht erreicht sind."

Wichtig für die Beantwortung der Frage, ob bei einer sofortigen Einweisung in das Krankenhaus Frau M. überlebt hätte, ist, ob die vitalen Funktionen zum Auffindezeitpunkt gleich, besser oder schlechter waren als zum Zeitpunkt, an dem im Institut für Rechtsmedizin Atembewegungen beobachtet wurden. Dies ist im nachhinein nicht mehr eindeutig zu beantworten. Zwei Dinge sind dabei jedoch von Bedeutung, nämlich:

1.) Erfolgte in der Zwischenzeit noch eine Resorption von Medikamenten aus dem Magen in das Blut? Dies kann mit hoher Wahrscheinlichkeit verneint werden, denn beim Scheintod sind die Lebensvorgänge auf ein Minimum reduziert, so daß eine wesentliche Blutzirkulation sowie Magenkontraktionen und Resorptionsvorgänge im Magen als unwahrscheinlich angenommen werden dürfen.

2.) Kann diese annehmbare (jedoch unwahrscheinliche) zusätzliche Resorption den Tod von Frau M. mit Sicherheit zu einem früheren Zeitpunkt herbeigeführt haben? Auch diese Frage kann nicht mit der in einem Strafprozeß erforderlichen Sicherheit beantwortet werden. Es ist nicht mehr zu klären, welches der Medikamente möglicherweise in dieser Phase noch aufgenommen wurde. Insbesondere bei einer möglichen Aufnahme des Propranolols ist es sogar denkbar, daß dieses zu einer Unterhaltung der Lebensvorgänge beigetragen hat.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß es nicht erwiesen ist, daß eine frühere Einlieferung in ein Krankenhaus den Tod hätte verhindern können. Insbesondere ist auch der Tatsache Rechnung zu tragen, daß bei so schweren Unterkühlungen (auch ohne zusätzliche Vergiftung) eine Rettung von sogar optimal versorgten Patienten (u. a. Erwärmung im warmen Badewasser) oft nicht mehr möglich ist.

2.3.2.2. Scheintod bei Erhängten

Puppe ⁷²⁾ berichtet über mehrere Fälle, bei denen nach dem Erhängen noch Lebenszeichen oder -funktionen vorhanden waren:

- (1) In Raab starb ein Delinquent, der nach 11 Minuten Suspensionsdauer erst 22 Stunden nach der Erhängung unter den Erscheinungen einer Lungenkongestion (Hyperämie). Als Ursache der unvollkommenen Erhängung wurden besonders kompakte Drüsen am Hals angegeben, die eine ausreichende Kompression der Blutgefäße verhinderten.
- (2) In Boston wurde ein Delinquent 25 Minuten lang suspendiert. Bei der anschließenden Sektion ergab sich, daß das Herz noch schlug. Trotz dieser Tatsache wurde die Thoraxhöhle eröffnet, das Herz hörte jedoch erst nach drei Stunden auf zu schlagen.
- (3) Ein ostpreußischer Gutsbesitzer wurde von seiner Frau mit einer Wäscheleine erhängt aufgefunden. Um diesen Vorfall zu vertuschen, schnitt sie die Leine durch und brachte ihren Mann ins Bett. Zu diesem Zeitpunkt war er bewußtlos; Urin und Stuhl gingen ab. Am nächsten Tag erlangte er das Bewußtsein wieder, konnte jedoch nur ein paar Worte sprechen und wenig essen. Am Morgen des zweiten Krankheitstages ging es ihm jedoch - vor allem was die Atmung betraf, wesentlich schlechter. Der Tod trat etwa 48 Stunden später ein (man spricht hier von einem Spättod nach Erhängen). ⁷³⁾
- (4) Ein bulgarischer Soldat hatte 15 Minuten lang am Galgen gehangen. Der bei der Vollstreckung des Urteils zugezogene Arzt stellte Ejakulation, Defäkation sowie Aufhören der Herz- und Atemtätigkeit fest.
Auf dem Weg zum Friedhof lag die "Leiche" im offenen Sarg. Eine halbe Stunde nach der Erhängung - kurz bevor der Sarg in die Erde versenkt werden sollte - beobachteten die Umstehenden, daß der Mann ein gerötetes Gesicht hatte

72) Puppe, G., Atlas und Grundriß der Gerichtlichen Medizin, I. Teil, München (1908), S. 203

73) Puppe, G., Beobachtungen an wiederbelebten Erhängten, in: Dtsch. med. Wschr. 44 (1918), S. 927

und eine Schnappatmung aufwies. Er wurde in das Alexanderspital in Sofia gebracht, wo sich folgender Verlauf ergab:

Bewußtlosigkeit; epileptiforme Zuckungen etwa eine halbe Stunde lang; Priapismus, der im Laufe des gleichen Tages verschwand; Urin- und Stuhlabgang; Pupillen mittelweit, träge Reaktion auf Lichteinfall; Patellarsehnenreflexe aufgehoben; Augenhintergrund o. B.

Der Soldat wies am Hals eine dreifache diskontinuierliche Marke auf, und zwar vorn am Hals, von unterhalb des Kehlkopfes bis an den Mundboden reichend.

Am Abend erreichte er das Bewußtsein wieder. Er war noch schreckhaft und verweigerte zunächst die Nahrung. Der Urin ging spontan ab.

Am Abend des zweiten Tages nannte er auf Befragen seinen Namen, er war nicht heiser und hatte keine Schluckbeschwerden. Die folgenden vier Wochen bestand bei ihm ein schwerer psychischer Erschöpfungszustand mit Verwirrtheit; die Kniesehenenreflexe waren pathologisch gesteigert.

Im übrigen bestand eine Amnesie, und zwar retrograd: Er wußte z. B. noch, wie ihn der Geistliche am Hinrichtungsplatz verlassen hatte, von dem Gang zum Galgen wußte er nichts mehr, - und außerdem

anterograd: Er konnte sich nicht an die Zeit erinnern, die er nach seiner Wiederbelebung auf der chirurgischen Abteilung zugebracht hatte (mehrere Tage!).

16 Monate später, der Soldat war inzwischen zu 15 Jahren Zuchthaus begnadigt worden, untersuchte ihn Puppe noch einmal. Er fand ihn geistig sehr reduziert in einem Zustand der Demenz vor.

Puppe ist der Ansicht, daß durch die mechanische Reizung des N. laryngeus superior reflektorisch ein Herz- und Atemstillstand eintrat, die beide nach Entfernung des Stranges spontan wiederkehrten. Mitbegünstigend war die kurze Suspensionsdauer von 15 Minuten und der Umstand, daß die Erhängung bei minus 9 ° C stattgefunden hatte (der Strang wurde vom Henker mit

Seifenwasser getränkt, um ihn schlüpfrig zu machen; diese Absicht wurde durch das Gefrieren des Stranges vereitelt). Ferner wurde dem Delinquenten ein großes weißes Tuch über Kopf und Hals gestreift, das durch Faltenbildung wahrscheinlich eine feste Umschnürung des Halses verhindern konnte. ⁷⁴⁾

(5) Seyffarth ⁷⁵⁾ berichtet von folgendem Vorfall:

Ein Unteroffizier wurde nach einer halben Stunde Suspensionsdauer (nach Abnehmen: schwache Herztätigkeit, jedoch keine Atmung) durch Wiederbelebungsmaßnahmen gerettet.

Dieser Mann hatte sich den Strick um den steifen Kragen seiner Uniform gelegt, so daß der unmittelbare Druck auf den N. laryngeus und die Abschnürung der Halsschlagader fehlten. Es wurde demzufolge nur die Luftzufuhr gedrosselt, und dies auch nur unvollständig.

Folgeerscheinungen wurden hier nicht bekannt.

Beim Tod durch Erhängen wird der Arzt mit folgenden typischen Merkmalen konfrontiert: ⁷⁶⁾

- 1.) In der Regel symmetrisch verlaufende Strangulationsmerkmale am Hals -
- 2.) Bewußtlosigkeit, die normalerweise sofort eintritt, da ja alle vier Gehirnarterien komprimiert werden -
- 3.) Abgang von Kot und Urin während des Erhängens infolge einer Sphinkterenlähmung (Merkmal kann auch fehlen) -
- 4.) Lähmung des Nervus Vagus (dies entspricht einer Durchschneidung desselben), was zu einer verminderten Herzfrequenz und Atmung und sogar zu einem reflektorischen Atemstillstand führen kann -

74) Puppe, G., Beobachtungen an wiederbelebten Erhängten, aaO, S. 927 / 928

75) Seyffarth, G., Ein Fall eines wiederbelebten Erhängten, in: Dtsch. med. Wochenschrift 44 (1918) S. 928

76) Popp, F., Die Erscheinungen und der Spättod nach Erhängungsversuchen, in: Vierteljahresschrift f. gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen, 3. Folge, Bd. 59, (1920), Berlin, S. 213 - 232

- 5.) Auffallend und besonders charakteristisch ist bei wiederbelebten Erhängten eine starke Heiserkeit und die retrograde Amnesie. (Selbstmörder, bei denen eine retrograde Amnesie besteht, führen z. B. ihre Heiserkeit auf eine Erkältung zurück. Damit erklären sie auch die vorhandenen starken Halsschmerzen. Einen Selbstmord weisen sie jedoch weit von sich.)

2.3.2.3. Scheintod nach Einwirkung von Elektrizität

Jellinek ⁷⁷⁾ berichtet von zwei Fällen, bei denen nach Einwirkung von Elektrizität die Wiederbelebung erfolgreich war:

- (1) Ein 11-jähriger Junge verunglückte am 12.10.1923 durch eine Spannung von 220 Volt Wechselstrom. Das Unglück geschah, als er barfuß in einem Pferdestall stand und in der rechten Hand eine elektrische Stehlampe aus Messing hielt, die infolge eines Installationsfehlers stromführend war.

Beim Einschalten der Lampe erhielt er durch die Hand und das rechte Auge, an das er mit dem Lampengestell gestoßen war, einen Stromschlag, der ihn sofort bewußtlos zusammenbrechen ließ.

10 Minuten nach dem Unfall erschien der zu einem kranken Pferd erwartete Tierarzt, der sofort mit der künstlichen Beatmung begann.

Nach etwa einer Stunde merkte der Tierarzt, daß ab und zu flache Atemzüge auftraten, auch hörte man einige Seufzer des Jungen, dessen bis dahin blassen und ausdruckslosen Gesichtszüge mehr Farbe bekamen.

Die Beatmung wurde fortgesetzt, bis eine rhythmische und tiefe Spontanatmung vorhanden war. In den folgenden Stunden wurden epileptiforme Krämpfe beobachtet, die sich jedoch später nicht mehr wiederholten.

77) Jellinek, S. Zwei Elektrisch-Scheintote, wiederbelebt nach ein bzw. drei Stunden durch künstliche Atmung, in: Wiener klin. Wochenschrift 47 (1923), S. 832 - 834

- (2) Der 23-jährige Ingenieur Franz Sch. verunglückte am 19. 7. 1923 in St. Johann im Pongau durch eine Hochspannungsentladung von 32.000 Volt Drehstrom. Obwohl Sch. mit keinem stromführenden Teil in Berührung gekommen war und sich auch in der üblichen Entfernung aufgehalten hatte, wurde er von der Hochspannungsentladung im Bereich der beiden Augen und des rechten Ohres sowie an der rechten Schulter getroffen und brach ohne Lebenszeichen zusammen.

Der anwesende Stationsmeister Heinz H. begann sofort mit Wiederbelebungsmaßnahmen, die er zusammen mit einem anderen Mann über drei Stunden hinweg ohne Unterbrechung fortführte. Auffallend war, daß sich bei dieser Reanimation die Herztätigkeit schon lange vor der Spontanatmung einstellte. Diese kam erst nach etwa drei Stunden in Gang.

Franz Sch. wurde anschließend in das Bezirksspital eingeliefert. Nach monatelanger Krankheit besserten sich dann auch die nach dem Unfall aufgetretenen Störungen bis auf Krankheitssymptome seitens des Nervensystems, die zur Zeit der Berichterstattung durch Jellinek noch vorhanden waren.

Jellinek vertritt die Anschauung, daß der Tod durch Elektrizität oder durch Blitzschlag in den meisten Fällen nur ein Scheintod sei und Wiederbelebungsversuche - vor allem die künstliche Beatmung - so lange fortgesetzt werden müssen, bis entweder der Erfolg sichtbar wird oder das Auftreten von Leichenflecken dem Rettungswerk Grenzen setzt.

2.3.2.4. Scheintod bei Neugeborenen

- (1) Bieling ⁷⁸⁾ schreibt in seinem Artikel: "Der Scheintod" von einem total asphyktischen Säugling, bei dem sämtliche Wiederbelebungsversuche erfolglos waren. Der Arzt gab daraufhin die Anweisung, das Kind wegzulegen und es am anderen Morgen zwecks Ausstellung des Totenscheines noch einmal zu bringen.

78) Bieling, O., Der Scheintod, in: Die Medizinische Welt, 6. Jahrgang, Nr. 24, Berlin (1932), S. 833 - 837

Die Schwester legte daraufhin den Säugling in den dafür vorgesehenen Eisschrank. Am nächsten Morgen gab das Baby jedoch - wie es so schön wortwörtlich heißt: "durch kräftiges Schreien seinen Lebenswillen zu erkennen".

S. von Wachenfeldt ⁷⁹⁾ berichtet über Fälle, wo bei schein-toten Neugeborenen eine Adrenalininjektion versucht wurde, allerdings mit nicht allzu großem Erfolg; dies allerdings bedingt dadurch, daß die Ausgangssituation in einigen Fällen sehr schlecht war (z. B. Leberruptur mit Blutung in die Bauch-höhle; Bruch des Tentoriums, Enzephalitis neonatorum - um nur einige Beispiele zu nennen).

Zwei Fälle, bei denen das Neugeborene überlebt hat, werden im folgenden beschrieben:

- (2) Spontangeburt einer 32-jährigen Drittpara in der 1. Frauenklinik in Lund. Die kindlichen Herztöne waren in Ordnung, bis der Kopf geboren war. Der Körper und die beiden Arme lagen je-doch so unbeweglich in der Scheide festgeklemt, daß es erst nach etwa fünf Minuten möglich war, durch Zug am Kopf unter gleichzeitigem Ziehen mit einem Finger in der Armhöhle des Kindes auch den Rest des Säuglings zu entwickeln.

Man sah, daß die Nabelschnur einmal um den Hals des Kindes geschlungen war und dieses bleich und schlaff dalag. Es war keine Pulsation in der Na-belschnur zu fühlen, ebensowenig waren Herztöne bei der Auskultation hörbar. Die Luftwege waren frei.

Es wurde sofort mit Schultzeschen Schwingungen begonnen, zwischendurch wurde das Kind in warmem Wasser erwärmt. Nach ca. drei Minuten wurden dann 1 cm³ Adrenalin intrakardial injiziert und die Schwingungen fortgesetzt. Danach waren zwar lang-same, aber kräftige Herzschläge fühlbar und etwa 15 Minuten später konnten schwache Atembewegungen wahrgenommen werden.

79) S. von Wachenfeldt, Intrakardiale Adrenalininjektionen als Hilfsmittel bei Wiederbelebungsversuchen von schein-toten Neugeborenen, in: Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynä-kologie (1926), S. 185 - 195

Der Zustand des Kindes besserte sich nun zusehends, so daß Mutter und Kind nach einem normalen Krankenhausaufenthalt beide als gesund entlassen werden konnten.

- (3) In derselben Klinik bekam 1925 eine 22-jährige Erstpara ihr Kind. Als nach siebenstündigen Wehen der Kopf mitten im Becken stand und der Muttermund für drei Finger geöffnet war, fiel ein großes Paket Nabelschnur vor. Es wurde daraufhin die Narkose bei der Patientin eingeleitet, was dazu führte, daß die vorher tadellosen Herztöne des Kindes schlechter wurden und bald ganz aufhörten.

Unter großen Schwierigkeiten (Versuch zur hohen Zange, der nach tiefen Portioinzisionen wieder aufgegeben wurde; daraufhin wurde der Kopf des Kindes wieder in die Höhe geschoben, ein Fuß gefaßt und das Kind gewendet und extrahiert) wurde das Kind geboren. Es gab keine Lebenszeichen von sich (außer, daß es während des Abnabelns einmal nach Luft schnappte), Herztöne konnten auskultatorisch nicht festgestellt werden.

Auch in diesem Fall wurde mit Schwingungen begonnen, 1/2 cm Adrenalin intrakardial injiziert und mit den Schwingungen fortgefahren. Ziemlich bald nach der Injektion konnte eine Herzaktivität von normaler Frequenz festgestellt werden. Nach ungefähr 15 Minuten atmete das Kind spontan. Während des folgenden Krankenhausaufenthaltes ergaben sich auch hier keine besonderen Vorkommnisse; Mutter und Kind wurden als gesund entlassen.

In beiden Fällen kam das Neugeborene tief asphyktisch - ohne Atmung und ohne Herzaktivität - zur Welt. Ferner wurde in beiden Fällen als Ursache der Asphyxie eine Kompression der Nabelschnur angenommen.

Von Wachenfeldt sieht im Ingangkommen der Herzaktivität die erste Voraussetzung für eine erfolgreiche Wiederbelebung. Die intrakardiale Injektion wertet er als äußerst massiven "Anstoß", vor allem, wenn wie im ersten Fall so hoch dosiert wird, daß die Herzaktivität und die Blutzirkulation sofort in Gang kommen.

2.3.2.5. Scheintod bei CO₂-Vergiftung ⁸⁰⁾

In diesem Fall handelt es sich um eine ältere Frau, die mit den Zeichen einer Kohlenmonoxidvergiftung aufgefunden und vom Arzt für tot erklärt wurde.

Die benachrichtigten Kriminalbeamten konnten jedoch noch schwache Lebenszeichen feststellen. Die Frau wurde darauf in ein Krankenhaus gebracht, wo sie noch etwa 10 Tage lebte.

2.3.2.6. Scheintod bei Ertrunkenen ⁸¹⁾

- (1) Ein 5-jähriger Junge brach bei - 8 ° Celsius auf dem Eis ein und versank im Wasser. Erst nach etwa 14 Minuten konnte er von der inzwischen verständigten Feuerwehr ca. 2 m von dem Eisloch entfernt gefunden und mittels einer Stange herausgeholt werden.

Das Kind schien tot zu sein. Trotzdem transportierte man es in eine Klinik und begann erst dort - inzwischen waren weitere sieben Minuten ohne ein einziges Lebenszeichen vergangen - mit den Wiederbelebungsmaßnahmen, - (Absaugen des Rachenraumes, endotracheale Intubation, Entfernung der nassen Kleider, extrathorakale Herzmassage).

Zehn Minuten nach Beginn der Herzmassage war der Puls an der Arteria femoralis und an der Arteria carotis gut tastbar. Es wurde zusätzlich reiner Sauerstoff gegeben und das Kind häufig abgesaugt. Zwei intrakardiale Injektionen von je 10 ml Adrenalin blieben jedoch ohne Erfolg.

-
- 80) Mallach, H. J., Bemerkungen zum Bestattungsgesetz von Baden-Württemberg, aaO, S. 1908

Vergiftung von Versuchstieren mit CO, Leuchtgas oder CO₂:
Bruns, O., Elektrokardiographische Kontrolle des Scheintodes und der Wiederbelebungsmöglichkeiten, in: Münch. med. Wochenschrift II (1934), S. 1225 - 1228

- 81) Kügler-Podellecke, I., Rodewald, G., Horatz, K., Kügler, S. und Müller-Brunotte, P., Erfolgreiche Wiederbelebung bei Ertrinken im Eiswasser, in: Deutsche Med. Wochenschrift, 90. Jahrgang (1965), S. 74 ff.

Erst nach etwa 50 Minuten waren das erstmal Herzaktionen hörbar. Als zusätzliche Maßnahme wurde eine Venaesectio angelegt und Hämaccel infundiert.

Die extrathorakale Herzmassage wurde fortgesetzt. Etwa 15 Minuten nach den ersten Herzaktionen trat eine Schnappatmung auf. Kurze Zeit später wurde diese von tiefen Atemzügen, zwar unregelmäßig in Abständen von ein bis drei Minuten, abgelöst. Die vorher weiten und reaktionslosen Pupillen verengten sich.

Während der nächsten drei Stunden bestand eine Bradykardie mit einer Frequenz von 30 bis 40 Schlägen / Min. Diese wurde von einem etwa zehn Minuten dauernden Kammerflimmern unterbrochen, das durch insgesamt drei weitere intrakardiale Injektionen von je 10 ml Adrenalin 1 : 10.000 ausgelöst wurde.

Anschließend an das Kammerflimmern schlug das Herz wieder mit einer Kammerigenfrequenz von 30 bis 35 Schlägen / Min. Ein interner Schrittmacher wurde gelegt, der dafür sorgte, daß eine Frequenz von 80 Schlägen / Min. aufrecht erhalten wurde.

Blutdruck: 80 - 90 / 40 mm Hg

Die Herzmassage wurde unterbrochen und ca. 45 Minuten später schlug das Herz auch ohne Schrittmacher im Sinusrhythmus mit einer Frequenz von 100-105 je Minute.

Blutdruck: 105 / 65 mm Hg

Der Junge überlebte ohne geistige und körperliche Schäden.

Im vorliegenden Fall konnte nicht zweifelsfrei eruiert werden, wann genau der klinische Tod eintrat. Die Dauer der Asphyxie wird jedoch mit mindestens 16, höchstens aber 21 Minuten angenommen. Sie ist vor dem Kreislaufstillstand eingetreten. Im Übrigen ist es möglich, daß das Kammerflimmern noch zu einer Restzirkulation mit beigetragen bzw. sie verstärkt hat.

Auf jeden Fall wurde die Überlebenszeit des Gehirns wesentlich überschritten, ohne daß sich dadurch gesundheitliche Schäden für den Jungen ergeben hätten. Der Grund hierfür ist wahrscheinlich in der starken Unterkühlung des Körpers (Eiswasser, - 8 ° Celsius Lufttemperatur) zu suchen.

- (2) Bei einer ähnlichen Situation gelang 1962 Kvittingen und Naess (82) die Wiederbelebung eines 5-jährigen Jungen, der 22 Minuten im Wasser eines teilweise zugefrorenen Flusses gelegen hatte. Die nächsten zehn Minuten wurde er nur mangelhaft beatmet, so daß die Zeitspanne zwischen dem Unglück und einer angemessenen Therapie wesentlich länger als im Fall (1) war.

2.3.2.7. sonstige Fälle

- (1) Im "British Medical Journal" berichtete Gilbert R. A. Armstrong am 7.1.1922 über folgenden Fall:⁸³⁾

Bei einer 38-jährigen Frau, die allen Anschein nach völlig gesund war, wurden am 7. 12. 1921 beide mittleren Nasenmuscheln entfernt. Die folgenden Daten stammen aus dem Krankenblatt:

Die Patientin hatte nur eine leichte Narkose (etwa 5 oder 6 Minuten lang). Blutungen waren nur geringfügig vorhanden.

6.15 p. m.: Atemstillstand, Puls nicht mehr zu fühlen. Armstrong, der gerade einen anderen Patienten operierte, wurde im OP benachrichtigt und kam nach Beendigung dieser Operation sofort zur Überwachungsstation. Er fand die Patientin bleich und pullos vor, beim Auskultieren konnte er keine Herztöne mehr feststellen, die Patientin wurde künstlich beatmet.

6.25 p. m.: Eröffnung des Thorax und Herzmassage. Zusätzlich weitere Wiederbelebungsmaßnahmen, so z. B. 1 ccm Adrenalin direkt in den linken Ventrikel.

6.42 p. m.: Das Herz begann wieder zu schlagen.

6.45 p. m.: Radialispuls vorhanden, jetzt wurden Digitalis und Strychnin intravenös injiziert.

7.00 p. m.: Das Herz schlug kräftiger; Atmung noch immer nicht vorhanden; die künstliche Beatmung wurde fortgesetzt; außerdem wurden 1 ccm

82) Kvittingen, T. D., und Naess, A., Brit. med. J. (1963), S. 1315

83) Armstrong, G. R. A., Resuscitation after apparent death, in: The British Medical Journal 3187 (1922), S. 141

Pituitrin und 1 ccm Adrenalin zur Unterstützung des Kreislaufs in den linken Ventrikel injiziert.

7.25 p. m.: Puls: 100 Schläge / Min.

8.00 p. m.: Die Frau begann wieder spontan zu atmen.

8.50 p. m.: Atmung und Puls waren gut, die Patientin bewegte sich im Bett, sie würgte, mußte sich aber nicht ergeben; Pupillenreflexe positiv. Die Schnittwunde im Thorax wurde jetzt genäht.

9.10 p. m.: Erneute Verschlechterung, Puls kaum noch fühlbar. Daraufhin wurde wieder Pituitrin und Adrenalin direkt in den linken Ventrikel injiziert. Außerdem wurde eine heiße Kochsalzlösung und Alkohol vom Mastdarm aus gegeben; die Patientin wurde weiter künstlich beatmet.

9.12 p. m.: Puls und Atmung wieder normal.

9.20 p. m.: Synchrones Aussetzen von Atmung und Herztätigkeit.

Alle folgenden Wiederbelebungsversuche blieben erfolglos und wurden um

9.40 p. m. aufgegeben. 84)

Die Patientin lebte also noch eine Stunde und zwanzig Minuten, das Herz stand insgesamt 27 Minuten still. War nun die Frau die ganze Zeit über tot bzw. sind die zeitweiligen Herzaktionen und die wiedergekehrte Atmung nur mit einem wissenschaftlichen physiologischen Experiment gleichzusetzen?

Unter anderen greift auch Mollaret ⁸⁵⁾ die Frage der "äußersten Möglichkeiten der Wiederbelebung" auf, wo es also vom sozialen und religiösen Standpunkt aus noch sinnvoll ist, die Reanimation mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln zu betreiben.

Um einer Schädigung des Gehirns infolge von Anoxie auf jeden Fall vorzubeugen, muß nach Geisler und Penin eine Wiederbe-

84) siehe auch: Meixner, Wiederbelebung nach Scheintod, in: Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin, Berlin (1922), S. 441 / 442

85) Mollaret, P., Über die äußersten Möglichkeiten der Wiederbelebung. Die Grenzen zwischen Leben und Tod, in: Münchner Medizinische Wochenschrift 34 (1962), S. 1539 - 1545

lebung des Herzens spätestens nach vier Minuten, gerechnet vom vollständigen Kreislaufstillstand an, einsetzen, denn die Überschreitung der Vier-Minuten-Grenze kann zu möglichen Herzaktionen bei einem dezerebrierten Patienten führen, so daß eine völlige Wiederherstellung nicht mehr möglich ist.

So berichten Geisler und Penin ⁸⁶⁾ von einem Fall, wo erst nach sechs Minuten ein venöser und arterieller Zugang gelegt werden konnte. Es handelte sich hier um einen Patienten mit Herzstillstand infolge einer massiven Blutung aus der Arteria pulmonalis. Nach Volumenauffüllung mit 1500 ml Infusionslösung und manueller Herzmassage kam es wieder zur Tonisierung und Füllung des Herzens.

In diesem Fall also war die Überlebenszeit des Gehirns weit überschritten, so daß mit einem irreversiblen Funktionsverlust zu rechnen war. Dieser konnte anhand von EEG-Untersuchungen auch diagnostiziert werden. So fand man z. B. etwa drei Wochen danach ein Korsakow-Syndrom vor, das später jedoch wieder abklang.

Etwa zwei Monate später ergaben die Untersuchungen keine Verbesserung mehr und es blieb bei einem "Restzustand", bei dem z. B. die Zeitordnung der Erinnerung nicht mehr vorhanden und die abstrakte Begriffsbildung gestört waren. Unter Berücksichtigung der siebenminütigen Hirnanoxie sind die neurologischen Ausfälle als relativ gering zu werten, so daß nach Geisler und Penin auch nach Überschreiten der Vier- bis Fünf-Minuten-Grenze auf jeden Fall eine Wiederbelebung versucht werden muß.

Im übrigen hängt natürlich der Erfolg einer Reanimation in großem Maße vom Allgemeinzustand des Patienten (insbesondere:

86) Geisler, P., und Penin, H., Elektroenzephalographische Verlaufsbeobachtungen nach erfolgreicher Wiederbelebung eines Herzstillstandes trotz verspätet einsetzender Herzmassage, in: Med. Welt (1964), Sonderdruck, S. 2005-2011

Alter des Patienten, Ernährungszustand, eventuelle schwere Grundkrankheiten, Ursache des Kreislaufstillstandes) ab.

- (2) Im nachfolgenden Fall handelt es sich um eine 36-jährige Frau (Mutter von sieben Kindern), die am 27.2.1960 vormittags zwischen 10.10 und 10.15 Uhr von Unwohlsein befallen und um 10.45 Uhr bewußtlos ins Krankenhaus eingeliefert wurde.

Dort stellte der diensthabende Arzt den Tod fest, der eine Stunde später auch vom Chefarzt bestätigt wurde.

Gegen 13.00 Uhr wurde die Frau in die Friedhofshalle überführt. Irgendwelche Besonderheiten - insbesondere Verletzungen an der Leiche - waren niemand aufgefallen.

Bei der Obduktion ergab sich nun folgender Befund: Stichwunde am Hals mit Vitalreaktion, Excoriationen mit vitalen Reaktionen auch an den Augenlidern und an der Brust, mit einem Nagel durchstoßene Zunge (hier keine vitale Reaktion), außerdem waren zwei Schneidezähne herausgebrochen.

Diese Verletzungen stammten daher - wie sich erst später herausstellte -, daß sich der schwachsinnige Sohn des Totengräbers an der Frau vergangen hatte, und zwar einmal bald nach der Einlieferung, als noch geringe Lebensfunktionen vorhanden sein mußten, die man jedoch nicht erkannt hatte. Hierher rührten die Verletzungen mit den vitalen Reaktionen. Ein zweites Mal verging sich der Schwachsinnige noch an der Frau, als sie bereits verstorben war. 87)

Leider wird in dem Bericht nichts über die Todesursache bzw. Krankheit der Frau ausgesagt, die sicher noch minimale Lebensfunktionen hatte, als sie von den beiden Ärzten für tot erklärt wurde.

-
- 87) Tesar, J., und Schmittová, M., Vita minima, in: Soudní lék. 6, (1961) S. 129 - 134 (tschechisch); Zusammenfassung in Deutsch von Neugebauer, in: Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin, Bd. 52, (1961/1962), S. 526

3. Hauptteil

Disposition zum Scheintod

Nachdem bei manchen Krankheitsbildern in besonderem Maße an die Möglichkeit des Scheintodes gedacht werden muß, empfiehlt Prokop⁸⁸⁾ folgenden Merksatz: "A - E - I - O - U".

Die einzelnen Buchstaben stehen für:

A: Alkohol, Anoxie, Azeton, Anämie, Asphyxie des Neugeborenen⁸⁹⁾
E: Epilepsie, Elektrizität, Erhängen⁸⁹⁾, Ertrinken⁸⁹⁾
I: Injury (Schädel-Hirn-Trauma)
O: Opium (und andere Schlaf- und Suchtmittel in Überdosis)
U: Urämie und andere Komata

3.1. Alkohol

Die akute Alkoholvergiftung beginnt mit einem Erregungszustand, der von Bewußtseinsstörungen, motorischer und zentraler Lähmung gefolgt wird. (Fremdanamnese!)

Differentialdiagnostisch ist es wichtig, auch bei eindeutiger Alkoholanamnese auf mögliche Hirntraumen, z. B. Folgen von Stürzen im Alkoholrausch, insbesondere das subdurale und das epidurale Hämatom, zu achten.

3.2. Anoxie (Sauerstoffmangel)

In großer Höhe ist die Sauerstoffbindungskapazität des Hämoglobins durch den erniedrigten Sauerstoff-Partialdruck erheblich herabgesetzt. Zunächst versucht der Organismus den Sauerstoff-Mangel durch eine Tachykardie zu kompensieren. Bei längerem Zustand ist dies nicht mehr ausreichend und es entsteht die sogenannte Höhenkrankheit, die zu Bewußtlosigkeit und Tod führen kann.

88) Reimann-Prokop, Vademecum Gerichtsmedizin, Berlin (1976), Scheintod, S. 24 ff.

89) jeweils ergänzt durch die Verfasserin

3.3. Azeton

Gemeint ist hier die Azetonämie, nämlich das Auftreten von Azetonkörpern im Blut beim Coma diabeticum. Der bewußtlose Zustand ist bedingt durch eine Azidose und eine intrazelluläre Dehydratation der Hirnzellen.

3.4. Anämie

Bei einer akuten Anämie, insbesondere nach Blutverlusten, sind die Symptome in erster Linie durch den Schock bestimmt.

Bei der chronischen Anämie überwiegt dagegen die Verminderung der Sauerstoffträger. So sind hier Atemnot und Tachykardie, also Symptome pulmonaler und kardialer Art, im Vordergrund.

Weitere Kennzeichen einer Anämie sind:

Müdigkeit, subfebrile Temperaturen, Kopfschmerzen, Ohrensausen, Schwindel, Blässe von Haut und Schleimhaut. Das Ausmaß der Symptome hängt selbstverständlich in erster Linie von der Schwere der Anämie und dem Anämietyp ab.

3.5. Asphyxie bei Neugeborenen

Übersetzt heißt Asphyxie eigentlich Pulslosigkeit. Gemeint ist damit jedoch der Erstickungszustand des Neugeborenen, verursacht durch das Absinken des Sauerstoffgehaltes und Ansteigen des CO_2 - Gehaltes im Blut. Verursacht wird dieser Zustand vor allem durch Nabelschnurkompressionen und damit Störungen der Blutzirkulation. Jedoch auch andere Komplikationen, so z. B. eine lange Geburtsdauer, insbesondere eine verzögerte Austreibungsperiode, eine anomale Plazentalage (Plazenta praevia), vorzeitige Lösung der Plazenta und vor allem postpartale Störungen der Lungenentfaltung und Funktion - besonders bei Frühgeborenen - können dazu führen.

3.6. Epilepsie

Bei der Epilepsie (Fallsucht) handelt es sich um eine vorwiegend rezessiv vererbte Krankheit, die gar nicht so selten ist.

Beim epileptischen Anfall kommt es unvermittelt zur Bewußtlosigkeit, verursacht durch Blutdruckabfall und Atemstillstand. Der Kranke stürzt hin und bietet die typisch tonisch-klonischen Krämpfe der gesamten Skelettmuskulatur. Die Pupillen sind weit und reaktionslos. Dieser "Grand-mal-Anfall" dauert für gewöhnlich wenige Minuten.

Daneben gibt es auch "Petit-mal-Anfälle", die aber wesentlich weniger dramatisch verlaufen (Bewußtseinstrübung, zum Teil ohne Krämpfe).

3.7. Elektrizität

Mit am gefährlichsten sind Ströme im mittleren Spannungsbereich (500 - 1500 V), während Hochspannungsunfälle mehr im Hinblick auf die allerschwersten Verbrennungen (selbstverständlich zusätzlich zu der Gefahr des Stromes) einer besonderen Therapie bedürfen.

Der zweite wichtige Faktor ist die Stromstärke. Eine Gefährdung besteht bereits ab 0,1 Ampère.

Die dritte Größe, die gemäß dem Ohmschen Gesetz berücksichtigt werden muß, ist der Widerstand der Haut, der davon abhängt, wo der Stromdurchtritt erfolgt ist (z. B. 1.000.000 Ohm an der Handfläche und der Fußsohle, im Gegensatz zu nur wenigen 100 Ohm an dünnen Hautstellen, wie z. B. in der Achselhöhle⁹⁰⁾) und ob die Haut trocken oder feucht ist bzw. ob sie eine dicke oder eine dünne Hornschicht hat.

Wechselstrom ist zudem gefährlicher als Gleichstrom; Todesfälle können jedoch bei beiden Stromarten vorkommen.

Besondere Lebensgefahr besteht dann, wenn Herz oder Gehirn betroffen sind.

Der Verunglückte ist in der Regel ohne Atmung. Deshalb muß auf jeden Fall sofort mit der künstlichen Beatmung begonnen

90) Berg, S. P., Der Elektrizitätstod, in: Grundriß der Rechtsmedizin, Verlag von Rudolph Müller & Steinicke, München, 11. Aufl. (1976), S. 231 ff.

werden. Als eigentliche Todesursache wird bei Berg eine primäre Atemlähmung oder eine primäre Herzlähmung durch Kammerflimmern diskutiert, je nachdem, wo der Stromdurchtritt stattgefunden hat. So kann es mitunter geschehen, daß irrtümlich "Tod durch Herzschlag" angenommen wird, - weil man z. B. keine Strommarken (= unregelmäßige Einsenkung der Haut, umgeben von einem blassen erhabenen Wall) gefunden hat, obwohl es sich in Wahrheit um einen Elektrizitätsunfall gehandelt hat.

Wesentlich dramatischer verläuft der Tod durch Blitzschlag. Allein in Deutschland ereignen sich jährlich zwischen 50 und 100 Unfälle, wobei 30 bis 40 % tödlich enden. Der Blitzschlag ist mit einem Hochspannungsunfall zu vergleichen, obwohl er nur Mikrosekunden einwirkt. Es ergeben sich jedoch die gleichen schweren Verbrennungen (1. bis 4. Grades). Eine Besonderheit, die beim normalen Unfall durch Stromeinwirkung nicht vorhanden ist, sind die verzweigten Blitzfiguren auf der Haut. Dies sind baumartig verzweigte Streifen von rötlicher oder bräunlicher Farbe, die in manchen Fällen auch fehlen oder postmortal verblassen können.

3.8. Erhängen

Nach einer Erhängungsdauer von drei bis acht Minuten treten in nachstehender Reihenfolge Dyspnoe, Konvulsionen, Atempause und terminale Atembewegungen auf. Dauern die Herzaktionen noch an, so sind die Erfolgsaussichten bei einer Wiederbelebung als gut zu bezeichnen. Aber auch bei fehlendem Herzschlag ist eine Chance vorhanden, so daß die Reanimation auf jeden Fall versucht werden sollte.

Der eigentliche Tod tritt ein durch:

- 1.) Kompression der Luftwege (hochgedrängter Zungengrund!)
- 2.) Kompression der Halsgefäße (Verschluß der Carotiden allein oder zusammen mit den Aa. vertebrales). Infolge der schlagartigen Unterbrechung der Blutzufuhr zum Gehirn kommt es zum sofortigen Bewußtseinsverlust, so daß eine Selbstbefreiung unmöglich wird (Tod von Kindern beim Spielen!).

- 3.) Reflektorische Vagusreizung (Nervus laryngeus superior!) und dadurch Verlangsamung der Herzaktionen bis hin zum Herzstillstand.

3.9. Ertrinken

Der Ertrinkungsvorgang entspricht im wesentlichen einer Erstickung. Zuerst wird der Atem in der Inspiration angehalten, dann folgt die Erstickungsphase, während der die Reflexerregbarkeit erlischt; Wasser gerät in die Lunge und vermischt sich mit dem Bronchialsekret (Schaum!). Nach etwa ein bis zwei Minuten ist das Krampfstadium erreicht, das von einer apnoischen Phase abgelöst wird. Diese präterminale Apnoe geht kurz vor Eintritt des Todes in eine finale Schnappatmung über.

Da diese Vorgänge etwa drei bis fünf Minuten dauern, sind die Wiederbelebungs Aussichten bei schneller Rettung des Verunglückten und sofortigem Beginn der künstlichen Atmung und der Herzmassage recht gut.

3.10. Injury (Schädel-Hirn-Trauma)

Nach schweren traumatischen Verletzungen am Kopf muß immer mit einem Schädel-Hirn-Trauma gerechnet werden. Sehr tückisch ist das epidurale Hämatom, das meist durch Verletzung der A. meningea media entsteht. In der Regel kommt es nach einem freien Intervall von drei bis vierundzwanzig Stunden zu typischen Hirndrucksymptomen:

Kopfschmerz, motorische Unruhe, Erbrechen, Pupillenenge, Stauungspapille, Pulsverlangsamung, Bewußtlosigkeit und Atemstörung. -

Thürneu ⁹¹⁾ berichtet in seiner Dissertationsarbeit über eine Reihe von Verkehrsunfällen mit Schädelhirntraumen, bei denen

91) Thürneu, D., Der Scheintod, Dissertation (1971), Bonn

ein Scheintod vorlag. Von fünf Fällen konnten drei mit Restschaden aus der Klinik entlassen werden, zwei verstarben. Eine vollständige Heilung kam nicht vor. 92)

3.11. Opium und andere Schlaf- und Suchtmittel in Überdosis 93)

Gerade in den letzten Jahren sind einige Fälle von Barbiturat- bzw. anderen Schlaf- und Suchtmittel-Vergiftungen bekannt geworden.

Die einzelnen Medikamente sind zum Teil leicht zugänglich oder werden bedenkenlos verschrieben. Sie verursachen in Überdosis eingenommen Zustandsbilder einer echten VITA MINIMA mit tiefer Bewußtlosigkeit, zentraler Atemhemmung mit Anoxie, gefolgt von vorgetäuschem Kreislaufversagen, da ja beim Scheintod noch ein Minimalkreislauf vorhanden sein muß, der zunächst nur nicht wahrgenommen wird. Die Pupillen sind weit und lichtstarr (was dem Finalstadium entsprechen würde); die Körpertemperatur fällt infolge einer Blockade des Wärmezentrums im Hypothalamus ab.

Bei Intoxikationen jeglicher Art ist also die allergrößte Vorsicht geboten, um einen Scheintod sicher ausschließen zu können. Auf jeden Fall sollte vor Ausstellung des Totenscheines mindestens ein sicheres Todeszeichen vorhanden sein, was im übrigen streng genommen immer gefordert werden muß.

Unter den Schlafmitteln machen insbesondere die Bromharnstoffderivate, die frei verkäuflich sind, einen großen Anteil der suizidalen Vergiftungen aus. Die chronische Zufuhr führt zum sogenannten Bromismus, der zentralnervöse Symptome

92) Thürrnau, D., Der Scheintod, aaO, S. 40

93) Kuschinsky, G., Lüllmann, H., Kurzes Lehrbuch der Pharmakologie und Toxikologie, 7. Aufl., Georg-Thieme-Verlag Stuttgart (1976), S. 188 ff., Psychopharmaka S. 223 ff.

wie Apathie, Ataxie, Depressionen, Halluzinationen und Manie verursachen kann.

Bei den Benzodiazepinderivaten, zu denen auch Valium gehört, handelt es sich um Tranquilizer, die vor allem dämpfenden Einfluß auf die Psyche haben. Mit einer Atemdepression geringeren Ausmaßes muß schon bei therapeutischer Dosis gerechnet werden. Es ist nicht zum Dauergebrauch geeignet, weil sich zunächst eine psychische und später auch eine physische (selten) Abhängigkeit entwickelt.

Die Hauptwirkung der Barbiturate ist die Hemmung des Zentralnervensystems, je nach Medikament "sedativ, hypnotisch oder narkotisch". (Zur zentralen Wirkung gehört auch eine antikonvulsive Wirkungskomponente; diese weisen nur wenige Barbiturate, so z. B. Methylphenobarbital und Phenobarbital auf.) Außerdem hemmen Barbiturate das Atemzentrum, was zwar bei rein hypnotischen Dosierungen noch keine Rolle spielt, worauf man aber bei möglichen Überdosierungen (z. B. in Suizidabsicht) achten muß.

Symptome der Barbituratvergiftung sind:

- 1.) Bewußtlosigkeit (ein delirantes Erregungsstadium kann vorausgehen) -
- 2.) Sauerstoffmangelsymptome als Folge einer zentralen Atemhemmung -
- 3.) im letzten Stadium Kreislaufversagen -
- 4.) die Nierenfunktion ist meistens eingeschränkt (sekundär) -
- 5.) die Körpertemperatur fällt ab! infolge Ausschaltung des Wärmezentrums im Hypothalamus (bei einer Bronchopneumonie kann sie auch ansteigen) -
- 6.) Mydriasis mit lichtstarrten Pupillen -
- 7.) bei schweren Vergiftungen zusätzlich Kreislaufversagen und Schock

Besonders wichtig ist die Tatsache, daß insbesondere bei Barbituratvergiftungen mit einer Wirkungsverstärkung durch Alkohol, die auch Überadditiv sein kann, gerechnet werden muß.

Bei einer Methaqualon-Vergiftung (Revonal) ist eine ausgeprägte Hypermotorik charakteristisch.

Arsen- und Opiatvergiftungen, die im vorigen Jahrhundert im Vordergrund standen, kommen heute nicht mehr so häufig vor.

Um die Jahrhundertwende standen dann die Kohlenmonoxydvergiftungen zahlenmäßig an erster Stelle. Seit Einführung des entgifteten Leuchtgases und der Verwendung von kohlenmonoxydfreiem Ferngas ist auch diese Vergiftungsart wieder seltener geworden.

Da es sich jedoch um eine sehr gefährliche Vergiftung handelt, die in suizidaler Absicht (Laufenlassen des Motors in geschlossener Garage) oder aber während der Heizperiode bei unsachgemäß installierten Öfen auch heute noch 20 % ⁹⁴⁾ aller Vergiftungen ausmacht, werden im folgenden kurz die Symptome beschrieben:

Bereits 0,4 % CO-Gehalt in der Atemluft führen schon nach dreißig Minuten (bei ruhiger Lage) zum Tode.

Prodromalerscheinungen sind Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Schlafsucht, Atemstörungen.

Im fortgeschrittenen Stadium wird der Mensch bewußtlos, er krampft und bekommt eine zentrale Lähmung.

Sind 70 % des Hämoglobins durch Kohlenmonoxyd blockiert und für den Sauerstoff nicht mehr zugänglich, so kommt es zum Tod infolge innerer Erstickung.

Typisch bei Überlebenden ist eine Amnesie.

Ist man sich sicher, eine Kohlenmonoxydvergiftung vor sich zu haben, so muß der Vergiftete so schnell wie möglich an die frische Luft gebracht werden, wo er bereits in den ersten Stunden den größten Teil des Kohlenmonoxyds abatmet. Begünstigt und wesentlich verkürzt wird dieser Vorgang durch eine Sauerstoffbeatmung.

94) Berg, S. P., Grundriß der Rechtsmedizin, Tabelle über die Häufigkeit der Vergiftungen, München (1974), S. 261

Ein spezifisches Erscheinungsbild bei Tablettenvergiftungen gibt es hingegen nicht, jedoch weisen bestimmte allgemeine Krankheitszeichen auf eine mögliche Vergiftung hin, wie z. B. Durchfälle und Erbrechen, Schmerzen, Lähmungserscheinungen gefolgt von Bewußtlosigkeit bis hin zum Kollaps; fieberloser kurzer Krankheitsverlauf, der rasch zum Tode führen kann.

Mit einer Bewußtlosigkeit ist vor allem bei Alkohol-, Schlafmittel-, Opiat-, CO- und CO₂ - Vergiftung zu rechnen. Mydriasis kommt vor bei Atropin-, Kokain- und Dolantinvergiftungen, während eine

Miosis auf Vergiftung mit E 605, Pilocarpin, Physostigmin oder Morphin hinweist.

Opiate verursachen eine Bradykardie.

Atropin und Scopolamin eine Tachykardie. 95)

In der Praxis ist es allerdings so, daß man als Arzt nur im Ausnahmefall mit einem typischen Vergiftungsbild zu rechnen hat, da in der Mehrzahl der Fälle beim Suizid wahllos alle verfügbaren Medikamente eingenommen werden, so daß ein Mischbild vorliegt.

3.12. Urämie und andere 96) Komata

Die Symptome der Urämie als Folge der Intoxikation bei Nierenversagen sind folgende:

Übelkeit, Erbrechen, Sehstörungen, Tachykardie, Hypertonus, Kußmaulsche Atmung, blasse Haut. Bei der schweren Form kommen Krämpfe mit Bewußtlosigkeit, die in ein urämisches Koma übergehen können, dazu.

95) Berg, S. P., Grundriß der Rechtsmedizin, aaO, S. 265 ff.

96) siehe auch "diabetisches Koma", 3.3. Azeton, S. 73

Schlußüberlegungen

1. Der Scheintod und seine Problematik ⁹⁷⁾

Scheintod, Vita minima, mort apparente, suspended animation, coma dépassé sind Synonyme, die alle einen Zustand beschreiben, bei dem die Lebensfunktionen so weit herabgesetzt sind, daß sie nicht oder nur sehr schwer wahrgenommen werden können.

Dieser Zustand ist nicht identisch z. B. mit einer schweren Ohnmacht, die ja durch eine verminderte Sauerstoffversorgung der Gehirnzellen hervorgerufen wird. Es handelt sich auch nicht um einen Schock oder ein Koma, denn hier sind Kreislauf und Atmung grundsätzlich erhalten, wenn auch je nach Schwere vermindert. Erst wenn eine gewisse kritische Grenze überschritten wird und der sogenannte Erhaltungsstoffwechsel nicht mehr so ohne weiteres erkennbar ist, trifft der Terminus "Scheintod" zu. ⁹⁸⁾

Beim Scheintoten sind also insbesondere die Herz- und Kreislauf-tätigkeit sowie die Atmung so weit herabgesetzt, daß vor allem der Laie oder der nicht Geübte annehmen kann, es handle sich um einen Toten. Zusätzlich sind auch beim Scheintoten in der Regel unsichere Todeszeichen vorhanden, nämlich:

Blaße Haut und Schleimhaut,
verminderte Körpertemperatur,
Reflexlosigkeit, Pulslosigkeit,

-
- 97) Cardenal, S. R., Die Zeichen des tatsächlich eingetretenen Todes (Span.), Med. Ibera 20 (1926), S. 660 ff.
Duvoir, M., Pollet, L., L'électrocardiographie dans les états de mort apparente, Bull. Soc. méd. Hôp. Paris (1934), S. 801
Hossli, G., Das Verhalten des Arztes beim Scheintod, Schweiz. med. Wochenschrift 89 (1956), S. 762
Laves, W., Berg, S., Agonie, Verlag Max Schmidt-Römhild, Lübeck (1965), S. 9 ff.

- 98) Gütgemann, A., Käufer, C., Der Scheintod, in: Deutsche Med. Wochenschrift, 13, (1970), S. 702-706

auskultatorisch nicht wahrnehmbare Herzaktionen, fehlende Atmung, weite und lichtstarre Pupillen -

Diese unsicheren Todeszeichen werden zwar auch heute noch zur klinischen Todesfeststellung herangezogen, zur endgültigen Sicherung des eingetretenen Todes dürfen sie jedoch auf keinen Fall alleinige Grundlage sein.

Nachdem der Gesetzgeber die Vornahme der Leichenschau mit "unverzüglich" innerhalb einer relativ kurzen Zeit fordert, sichere Todeszeichen aber erst nach sechs bis acht Stunden nach Eintritt des Todes zu sehen sind, werden Untersuchungen zwangsweise in der Mehrzahl der Fälle insofern mangelhaft ausgeführt, als nur unsichere Todeszeichen vorhanden sind.

In den vorgenannten Fällen verzichteten die Ärzte darauf, die "Leiche" ein zweites mal - zu dem Zeitpunkt, an dem voraussichtlich sichere Todeszeichen vorhanden gewesen wären - zu untersuchen, um erst dann den Leichenschauschein auszustellen. Bedauerlicherweise wurde in vielen Fällen die "Leiche" nicht einmal entkleidet, was bei jeder fachgerechten Untersuchung sowieso zwingend notwendig ist.

2. Konsequenzen für den Arzt

Aus dem Gesagten und den angeführten Fällen ergibt sich für den Arzt, der eine Leichenschau vornehmen soll, folgende zwingende Konsequenz, nämlich, daß er nur bei Vorliegen von mindestens einem sicheren Todeszeichen den Leichenschauschein ausstellt. Ferner muß er sich über die Konsequenzen klar werden, die möglicherweise auf ihn zukommen, wenn ihm bei der Leichenschau ein Verhalten nachgewiesen werden kann, das nicht den Regeln der ärztlichen Kunst entspricht. Auf diese zwei Punkte wird im folgenden noch näher eingegangen.

2.1. Konsequenzen im Hinblick auf die Feststellung des eingetretenen Todes

Wird ein Arzt zu einem Schwerkranken oder zu einem für die Angehörigen schon "Toten" gerufen, so stellt sich für ihn möglicherweise die Frage, ob die Schwelle zwischen Leben und Tod nun bereits überschritten ist oder ob noch Hoffnung besteht, das Leben des Patienten zu erhalten, so daß umgehend mit Wiederbelebensmaßnahmen begonnen werden müßte.⁹⁹⁾

Besonders tückisch erwiesen sich in der Vergangenheit Tablettenintoxikationen, die, wie verschiedene Fälle gezeigt haben, geradezu zum Scheintod prädestinieren. Die mit am häufigsten in Suizidabsicht eingenommenen Medikamente, die solche Vergiftungen hervorrufen, sind u. a.: Barbiturate, bromhaltige Schlafmittel, Benzodiazepinderivate, Methaqualon und Antidepressiva, z. B. vom Typ des Amitriptylin.

Jedoch auch bei Unfällen durch Elektrizität, Blitzschlag, Ertrinken, Schädel-Hirn-Traumen; ferner bei Erhängten, bei Epileptikern und bei Neugeborenen ist an einen möglichen Scheintod zu denken bzw. dieser sicher auszuschließen.

Bestehen deshalb nur irgendwelche Zweifel, ob der Tod bereits irreversibel eingetreten ist (hierher gehören auch alle medizinisch unklaren außergewöhnlichen Todesfälle und Todesumstände), so sind mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln intensivste Wiederbelebensmaßnahmen zu ergreifen und so lange fortzuführen, bis Klarheit über den Zustand des Patienten herrscht.

Günstig erweist es sich auf jeden Fall, wenn der Transport in das nächstgelegene Krankenhaus eingeleitet wird und wenn während des Transportes eventuelle Reanimationsmaßnahmen fortgesetzt werden können.

99) Kramer, W., Die Schwelle zum Tode, in: Ärztliche Praxis (1968), S. 1091, S. 1107 - 1111

Eingehende Untersuchungen und insbesondere Befragung von anderen Personen zur Klärung der Ursache des Krankheitsbildes sollen nicht an erster Stelle stehen. Hierfür und zur Einleitung einer spezifischen kausalen Therapie bleibt auch noch später Zeit, wenn die Wiederbelebungsmaßnahmen in vollem Gange sind und Hoffnung auf einen günstigen Ausgang besteht.

Hiervon abzugrenzen sind Fälle, wo ein irreversibler Verlust der Gehirnfunktion in ihrer Gesamtheit vorliegt. Die künstliche Erhaltung von Herz- und Kreislauffunktion über längere Zeit (Tage bis Wochen) ist unter diesen Voraussetzungen nicht sinnvoll. Es erscheint deshalb notwendig, unter diesen Bedingungen den Todeszeitpunkt vom Organtod des Gehirns abhängig zu machen, selbstverständlich unter genauester Sicherung der Diagnose "irreversibler Verlust der Gehirnfunktion" von mehr als einem Arzt. Daß dies nur in einer Klinik möglich ist, sei nur der Vollständigkeit halber erwähnt.

Ansonsten ergibt sich gemäß den Regeln der ärztlichen Kunst folgende zwingende Forderung, nämlich, daß nur bei Vorhandensein von mindestens einem der folgenden Zeichen der eingetretene Tod attestiert werden darf:

1.) Totenflecke

Diese treten zuerst an den tiefer gelegenen Körperstellen auf. Deshalb muß die Leiche auch von allen Seiten untersucht werden, denn sie kann ja nach Eintritt des Todes aus der ursprünglichen Lage gebracht worden sein. Vorsicht ist geboten z. B. bei Verbluteten, denn hier sind die Totenflecke in der Regel nur schwach ausgebildet; ebenso kann die Farbe bei den verschiedenen Vergiftungen von hellrot bis dunkelrot variieren.

2.) Totenstarre und Leichenkälte

Die Totenstarre beginnt etwa zwei Stunden nach dem Tode und ist differentialdiagnostisch von einer Kältestarre abzugrenzen. Deshalb ist besonders bei Leichen, die in

kalter Umgebung gefunden werden, größte Vorsicht hinsichtlich der Feststellung "kalt und starr" geboten. (Siehe hierzu insbesondere Fall (6), S. 43, und Fall (12), S. 52.)

Was die Leichenkälte betrifft, so sinkt die Körpertemperatur nach Eintritt des Todes um ca. 1 ° Celsius je Stunde.

3.) Autolyse und Fäulnis

Sind diese Vorgänge erkennbar, so kann der eingetretene Tod nicht mehr angezweifelt werden.

Die vorgenannten sicheren Todeszeichen kommen niemals beim Scheintoten vor, so daß durch das Vorhandensein allein der Nachweis des eingetretenen Todes zweifelsfrei erbracht werden kann. 100)

Wendet der Arzt das Vorgesagte gemäß dem heutigen Stand der Medizin entsprechend an, d. h., stellt er nur den Totenschein anhand von sicheren Todeszeichen aus, so ist es zweifelsohne möglich, einen Scheintod sicher auszuschließen. Insofern sind mögliche Befürchtungen, daß irrtümlich der Tod festgestellt wird, gefolgt von den daraus resultierenden Konsequenzen einer eventuellen vorzeitigen Bestattung und die Angst, daß eine Organtransplantation "vorzeitig" begonnen wird, 101) heutzutage und in Anbetracht der zur Verfügung stehenden technischen Hilfsmittel irrelevant.

100) siehe hierzu auch:

Hansen, G., Gerichtliche Medizin, insbes. Tod und Leichenerscheinungen, Leipzig (1954), S. 10 ff.

Forster, B., Ropohl, D., Rechtsmedizin (1976), Enke-Verlag, Freiburg, S. 2 ff.

Pribilla, O., Juristische, ärztliche und ethische Fragen zur Todesfeststellung, in: Deutsches Ärzteblatt (1968), S. 2256 - 2259

101) Gerlach, I., Individualtod - Partialtod - Vita reducta, in: Münchner Med. Wochenschrift 16 (1968), S. 980 - 983

2.2. Strafrechtliche Konsequenzen

Ist dem Arzt ein falsches bzw. mangelhaftes Untersuchen der "Leiche" oder auch Verhalten am Patienten nachzuweisen, so hat er, je nachdem, ob der Patient überlebt oder stirbt, möglicherweise mit folgenden Konsequenzen seitens des StGB zu rechnen.

2.2.1. § 212 Totschlag 102)

Unter Totschlag versteht das Strafgesetz "vorsätzliche Tötung" im Unterschied zum Mord, bei dem strafverschärfend noch eine niedrige Motivation (Mordlust, Habgier usw.) Voraussetzung ist. Das Gesetz sagt: "Wer einen Menschen tötet, ohne Mörder zu sein, wird als Totschläger mit Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren bestraft. In besonders schweren Fällen ist auf lebenslange Freiheitsstrafe zu erkennen."

Tötung ist auch durch Unterlassen möglich. Dazu sagt § 13 StGB: "Wer es unterläßt, einen Erfolg abzuwenden, der zum Tatbestand eines Strafgesetzes gehört, ist nach diesem Gesetz nur dann strafbar, wenn er rechtlich dafür einzustehen hat, daß der Erfolg nicht eintritt, und wenn das Unterlassen der Verwirklichung des gesetzlichen Tatbestandes durch ein Tun entspricht."

Der Tatbestand wird z. B. erfüllt durch Unterlassen von erfolgsversprechenden Rettungsmaßnahmen bei einem Verletzten. Voraussetzung ist, daß der Arzt eine Garantenstellung hat, diese kann sich aus der Übernahme der ärztlichen Behandlung ergeben. Allerdings besteht keine über die allgemeine Not-
hilfepflicht des § 323c (s. u.) hinausgehende Pflicht des Arztes zur Übernahme der Behandlung.

102) Schönke-Schröder, Strafgesetzbuch, Kommentar, 20. Aufl., Verlag C. H. Beck (1980), S. 1334 ff.

Weiterhin ist für den Tatbestand der Tötung Vorsatz Voraussetzung, wobei bedingter Vorsatz (= billigendes Inkaufnehmen des Erfolges) ausreicht.

2.2.2. § 222 fahrlässige Tötung ¹⁰³⁾

"Wer durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft". Hierunter fällt jedes für den Tod ursächliche Tun oder auch pflichtwidrige Unterlassen. Das Verhalten muß außerdem fahrlässig gewesen sein.

Was den Begriff der Fahrlässigkeit betrifft, so überwiegt in neuerer Zeit die Auffassung, daß Fahrlässigkeit ein Verhalten voraussetzt, das durch eine "Verletzung der gebotenen Sorgfalt" gekennzeichnet ist. Geprüft werden muß außerdem, ob der Handelnde (hier: der Arzt) nach seinen individuellen Fähigkeiten und seinem Wissen bzw. seinen Erfahrungen subjektiv in der Lage ist oder war, das objektiv Erforderliche zu tun bzw. das zu tun, was im speziellen Fall von ihm erwartet wird.

Ein weiterer Punkt ist die Voraussehbarkeit bzw. Kalkulierbarkeit möglicher Folgen und Geschehnisse. In der Rechtspraxis wird hierbei ein "durchschnittlicher" oder auch "individueller" Maßstab der Sorgfaltspflicht zugrunde gelegt, d. h., die Maßnahmen des Arztes müssen grundsätzlich lege artis durchgeführt werden. Außerdem hat die Leistung mit dem größtmöglichen persönlichen Einsatz zu erfolgen. Ein hervorragender Chirurg hat so z. B. am Unfallort Maßnahmen vorzunehmen, die man vielleicht von einem Psychiater nicht fordern würde und nicht fordern könnte.

2.2.3. § 223 Körperverletzung ¹⁰⁴⁾

"Wer einen anderen körperlich mißhandelt oder an der Gesund-

103) Schönke-Schröder, aaO, S. 1438 ff.

104) Schönke-Schröder, aaO, S. 1440 ff.

heit beschädigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft."

Ebenso wie bei der Tötung wird hier grundsätzlich zwischen vorsätzlicher und fahrlässiger Körperverletzung unterschieden. Die fahrlässige Körperverletzung wird im § 230 ¹⁰⁵⁾ geregelt, und zwar heißt es dort: "Wer durch Fahrlässigkeit die Körperverletzung eines anderen verursacht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft."

Eine Körperverletzung kann ebenfalls durch "Unterlassen" begangen werden (siehe auch Totschlag), so z. B., wenn durch das Nichtherbeirufen eines Arztes eine Gesundheitsverschlechterung eintritt oder wenn der Arzt Hilfsmaßnahmen unterläßt.

Auch das Nichtvornehmen von schmerzlindernden Maßnahmen kann als Körperverletzung verfolgt werden. So ist aber auch jede invasive ärztliche Maßnahme eine Körperverletzung, die in der Regel der Einwilligung des Patienten bedarf. Kann die Einwilligung wegen Bewußtlosigkeit nicht eingeholt werden, dann gilt auch ein mutmaßliches Einverständnis.

2.2.4. § 226 Körperverletzung mit Todesfolge ¹⁰⁶⁾

"Ist durch die Körperverletzung der Tod des Verletzten verursacht worden, so ist auf Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren zu erkennen."

Der Unterschied zur fahrlässigen Tötung besteht darin, daß hier der Tod Folge einer vorsätzlichen Körperverletzung ist, während es sich dort nur um Fahrlässigkeit handelt.

Voraussetzung für den Tatbestand der Körperverletzung mit Todesfolge ist, daß zwischen der Körperverletzung und dem Tod ein Kausalzusammenhang besteht.

105) Schönke-Schröder, aaO, S. 1482 ff.

106) Schönke-Schröder, aaO, S. 1470 ff.

2.2.5. § 323c unterlassene Hilfeleistung ¹⁰⁷

Oben wurde ausgeführt, daß die Tatbestände der §§ 212 / 222 / 223 / 226 und 230 StGB auch durch Unterlassen erfüllt werden können. Es handelt sich insoweit um unechte Unterlassungsdelikte.

Im Gegensatz dazu handelt es sich bei der unterlassenen Hilfeleistung um ein echtes Unterlassungsdelikt, d. h., der Tatbestand wird unmittelbar durch das Unterlassen erfüllt, wobei im Strafgesetz ein bestimmtes Handeln gefordert wird.

§ 323c sagt: "Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft."

Der Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung trifft dagegen nicht zu, wenn der Unterlassende zwar in der Lage gewesen wäre, zu handeln, jedoch nicht imstande ist, in sinnvoller Weise das Erforderliche zu tun. (So ist z. B. einem Nichtschwimmer nicht zuzumuten, einem Ertrinkenden zu helfen, indem er sich selbst in Gefahr begibt.) Sinnlos ist ein Eingreifen auch dann, wenn sich der Erfolgsabwendung stärkere Kräfte entgegenstellen bzw. eine Straftat nicht würde verhindert werden können.

Grundlage für den Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung sind also die objektive Erkennbarkeit der Gefahrenlage und das Vorhandensein von Mitteln zu deren Beseitigung. Außerdem müssen folgende Voraussetzungen gegeben sein:

- 1.) Es muß eine Gefahrensituation entstanden sein, die der Arzt durch sein Eingreifen abwehren kann.

107) Schönke-Schröder, aaO, S. 1932 ff.

- 2.) Ferner muß es sich um ein wirkliches Unterlassen handeln, d. h., es muß ganz konkret feststehen, daß der Arzt die erforderlichen Handlungen hätte vornehmen können.
- 3.) Der "Täter" muß Handlungspflichtiger sein. Dies geschieht bei den echten Unterlassungsdelikten (hier: unterlassene Hilfeleistung) durch den Tatbestand. Bei einem Unfall kann dies je nach Situation jeder oder auch nur eine bestimmte Person, z. B. der Arzt, sein.
- 4.) Die Tatbestandsvoraussetzung, also die Nichtvornahme der Rettungshandlung - soweit zumutbar - muß gegeben sein. Wer das Falsche oder zu wenig tut (natürlich nur im Rahmen seiner Möglichkeiten und der Zumutbarkeit), haftet strafrechtlich nur, wenn seine Säumnis fahrlässig war.
Bei der Ausführung seiner Handlungen kann er sich jedoch Dritter (Hilfspersonen) bedienen. Mit der Übertragung der Pflicht auf Dritte wird er jedoch nicht von seiner Verpflichtung frei, sondern hat im Rahmen des Zumutbaren und Möglichen über die Erfüllung durch den Dritten zu achten.
- 5.) Die Hilfe hat grundsätzlich sofort zu erfolgen, sofern dies für die Abwendung von Gefahren notwendig ist bzw. die Gefahr durch eine spätere Pflichterfüllung nicht vergrößert wird.
- 6.) Weigert sich jemand aus freiem Willen, Hilfe anzunehmen, so entfällt die Pflicht zur Abwendung der Gefahr.

Obwohl das vorstehende nur eine kleine Abhandlung der strafrechtlichen Folgen und ihrer zugrundegelegten Voraussetzungen ist (mehr würde dem Thema dieser Arbeit nicht zustehen), so wird doch dem juristisch Unkundigen klar, wie vorausschauend und fachlich fundiert die ärztlichen Handlungen sein müssen, um nicht strafrechtliche Konsequenzen nach sich zu ziehen.

3. Amtlich bestellte Leichenschauer

Nachdem sich gezeigt hatte, daß Ungeübten und Unerfahrenen bei der Feststellung des eingetretenen Todes Fehler unterlaufen können, werden in letzter Zeit auch Überlegungen ¹⁰⁸⁾ laut, daß die alte Regelung der Leichenschau nicht zu verleugnende Vorteile aufwies. Es ist zwar richtig, daß die Leichenschau durch Nichtärzte ebenfalls Gefahren in sich birgt, andererseits kann aber auch die neue Regelung, nämlich Ärzte aller medizinischen Fachrichtungen zur Leichenschau zu verpflichten, nicht als optimal angesehen werden.

Es wäre sicher Überlegungen wert, die Leichenschau zwar von Ärzten, jedoch von hierfür besonders ausgebildeten - also in gewisser Weise spezialisierten Medizinern - ausführen zu lassen, denn die jetzige Situation verpflichtet auch junge Mediziner zur Leichenschau, die mangels Ausbildung und mangels Erfahrung unter Umständen wichtige Gesichtspunkte nicht bemerken oder nicht für wichtig erachten.

108) Mallach, H. J., Barz, J., Matter, R., Bemerkungen zum Bestattungsgesetz von Baden-Württemberg, in: Med. Welt Bd. 28 / Heft 46 (1977), S. 1905

L E B E N S L A U F

Am 26. 10. 1949 wurde ich in München als Tochter des Postbeamten Johann Hörtreiter und dessen Ehefrau Anna, geb. Veicht, geboren.

Hier besuchte ich von 1955 - 1963 die Volksschule und von 1963 - 1966 die Städt. Riemerschmid-Handelsschule, die ich mit der Mittleren Reife abschloß. Von 1966 - 1971 arbeitete ich als Sekretärin und Buchhalterin.

Am 21. Juli 1971 heiratete ich meinen Ehemann, Dr. Claus Wagner. Ab Frühjahr 1972 besuchte ich das Münchenkolleg und holte im Rahmen des Zweiten Bildungswegs die Reifeprüfung am 21. 6. 1974 nach.

Mit dem Wintersemester 1974/1975 begann ich an der Ludwig-Maximilian-Universität in München mit dem Studium der Wirtschaftswissenschaften, Geographie und Physik. Ab dem Wintersemester 1976/1977 studierte ich Medizin und bestand am 6. 4. 1978 die Ärztliche Vorprüfung, am 3. 4. 1979 das erste Staatsexamen und am 7. 4. 1981 das zweite Staatsexamen in Medizin.

Zur Zeit bin ich im Praktischen Jahr und werde im Herbst 1982 das dritte Staatsexamen ablegen.

